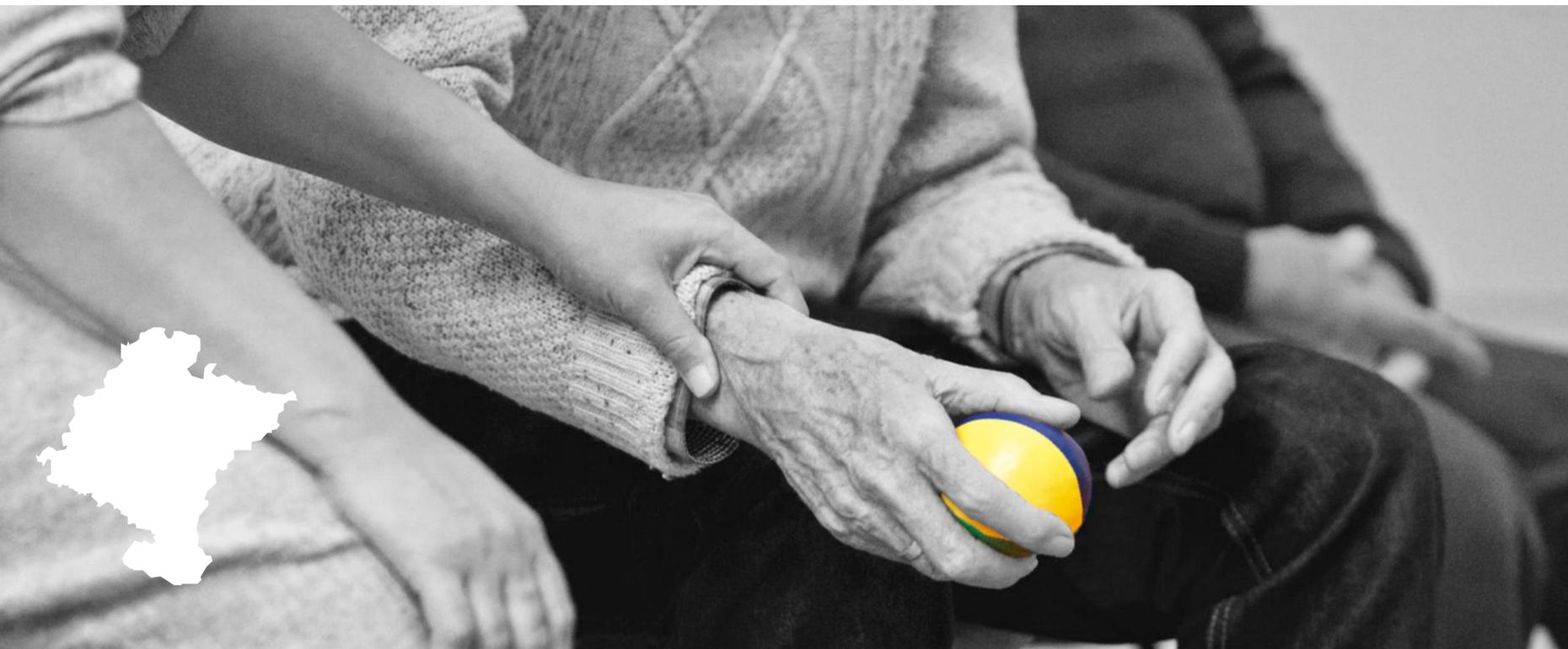




# Proyecto MapEA



NAVARRA

Este informe recopila los resultados de una encuesta online realizada a un panel multidisciplinar de expertos de **Navarra** sobre la **gestión de la enfermedad de Alzheimer (EA)** y una revisión bibliográfica. Los resultados de la encuesta revelan que **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017)**.

## HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

### Nivel de Implementación de las herramientas nacionales

Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)



Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS



### Nivel de conocimiento de las herramientas nacionales



**80%** de los expertos encuestados conocen el departamento responsable.

### Grado de actualización de las herramientas regionales

La mayoría de las herramientas, exceptuando el Manual para convivir con una persona con demencia (2020), el Plan de Salud Mental (2019) y la Estrategia de comunicación con el enfermo de Alzheimer, no han sido actualizadas en los últimos 9 años.

## RECURSOS TECNOLÓGICOS

\*Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, no de perfiles generales donde el acceso y uso puede ser más bajo.

RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE		ApoE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO
<b>100%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>25,2%</b> de personas con sospecha.	> 3 meses ( <b>75%</b> ) <b>inadecuado</b> según el <b>75%</b>	<b>100%</b> de los profesionales sanitarios. Se realiza al <b>100%</b> de personas con sospecha.	> 3 meses ( <b>50%</b> ) <b>inadecuado</b> según el <b>75%</b>	<b>67%</b> de los profesionales hospitalarios; al <b>16,5%</b> de personas con sospecha.	1-2 meses ( <b>50%</b> ); considerado <b>adecuado</b> por el <b>50%</b>	<b>67%</b> de los profesionales hospitalarios; al <b>10%</b> de personas con sospecha.	1-2 meses ( <b>50%</b> ); considerado <b>adecuado</b> por el <b>50%</b>	<b>33%</b> de los profesionales hospitalarios. Se realiza al <b>1%</b> de personas con sospecha.	Se desconocen.	<b>100%</b> de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

**PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:** *largos tiempos de espera (TAC, RM), perfil específico de pacientes (RM), coste (PET amiloide).*

En comparación con **2017**, Navarra ha experimentado **un ligero incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha variado de **13** a **14**, las RMs han aumentado de **8** a **12**, los SPECT, de **2** a **4**, y los PET, de **2** a **3**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.



# RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL



## NAVARRA



**BARRERAS:** 100% de los expertos identifican la falta de tiempo/conocimiento de los profesionales sanitarios; 60% de los expertos identifican la reticencia de pacientes y familiares; un 40% identifican los problemas en la capacidad e infraestructura.

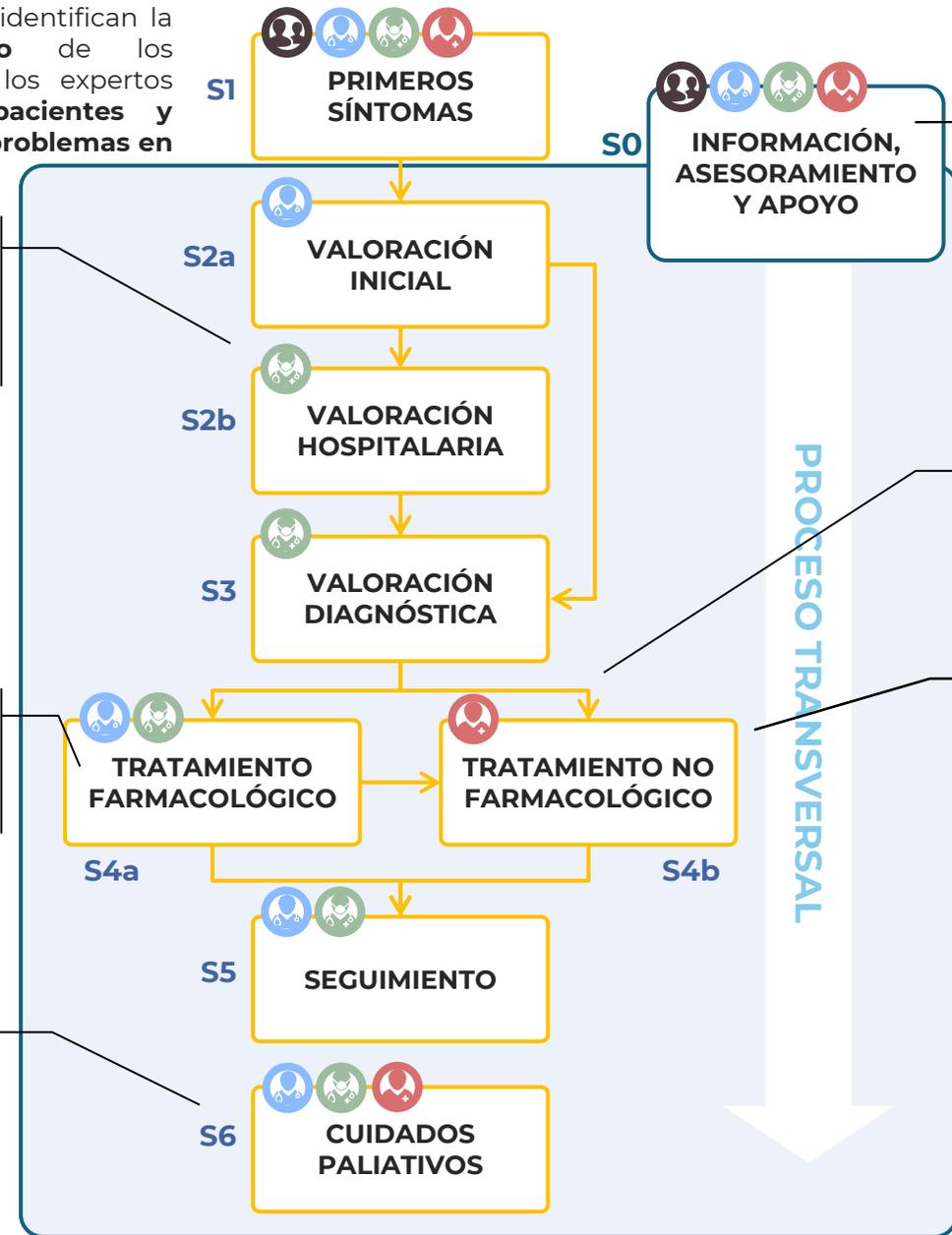
100% de los profesionales indican que existe un protocolo de derivación desde atención primaria hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es ALTO.



**Inicio tratamiento farmacológico:** neurología, principalmente, y geriatría.  
**Continuidad prescripción:** todos los profesionales sanitarios, habitualmente medicina de familia.

**LIMITACIONES:** existencia de barreras burocráticas (p. ej. visados).

Grado de cobertura para las personas con EA:

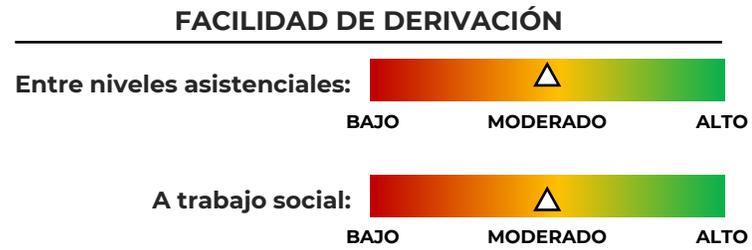


60% de expertos consideran INSUFICIENTE la información dada en fases tempranas.  
 60% de los expertos consideran SUFICIENTE el soporte en la planificación anticipada de decisiones.

? No existe consenso sobre cuándo recomendar la planificación anticipada de decisiones ni el registro de voluntades anticipadas.

**Tratamientos disponibles:** talleres de memoria, estimulación cognitiva y técnicas de mantenimiento de la funcionalidad.  
 Un 60% consideran que las personas con EA pueden acceder a estos tratamientos.

**Seguimiento:** habitualmente profesionales de AP.  
**Periodicidad:** cada 6-12 meses.



Además de las **limitaciones propias del sistema sanitario** en lo relativo a la falta de recursos materiales y humanos, la elevada carga asistencial y el limitado tiempo en consultas, etc., se han identificado una serie de **retos y recomendaciones enfocados a la mejora del abordaje de la EA en Navarra**.



## **Retos y áreas de mejora**



**Identificación y diagnóstico temprano** de la enfermedad, especialmente en las fases iniciales.



**Listas de espera** para consultas especializadas, y **dificultades en la derivación** entre atención primaria y hospitalaria.



**Acceso limitado a recursos especializados**, como centros de día terapéuticos específicos de EA, unidades de demencia y unidades psicogerítricas.



**Formación y apoyo a los cuidadores** para manejar alteraciones conductuales.



**Resistencia a la deprescripción de medicamentos** y a la mejora de la medicación, lo que puede generar una sobrecarga farmacológica innecesaria.



## **Recomendaciones**



**Implementar estrategias específicas en atención primaria** para detectar la demencia en fases iniciales y derivar rápidamente a especialistas.



**Reducir las listas de espera** en consultas especializadas mediante la contratación de más profesionales y optimización de recursos.



**Crear unidades multidisciplinarias** que integren atención primaria, especializada y recursos sociales para mejorar la coordinación.



**Aumentar la oferta de plazas en centros de día** y residencias con unidades de demencia,



**Establecer programas de formación continuada para cuidadores** en técnicas de manejo de la enfermedad y prevención de alteraciones conductuales.

1. INTRODUCCIÓN
2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN
3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE
4. RECURSOS DISPONIBLES
5. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES
6. GLOSARIO
7. ANEXOS

# 1. INTRODUCCIÓN

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



A lo largo de este documento, se presentan los resultados obtenidos tras la revisión bibliográfica y el cuestionario online realizado a un **panel de expertos de Navarra** sobre diversos aspectos relacionados con la gestión de la enfermedad de Alzheimer (EA) en esta Comunidad Autónoma.



## HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Se describen, revisan y analizan las herramientas de planificación y organización disponibles y en proceso de desarrollo, que incluyen planes de salud, estrategias y planes estratégicos, guías clínicas, protocolos, programas, herramientas de valoración inicial, entre otros.



## PROCESO ASISTENCIAL

Se describen, revisan y analizan los subprocesos que conforman el sistema, los niveles de atención y los perfiles involucrados, así como las interrelaciones entre ellos, destacando posibles retos y áreas de mejora.



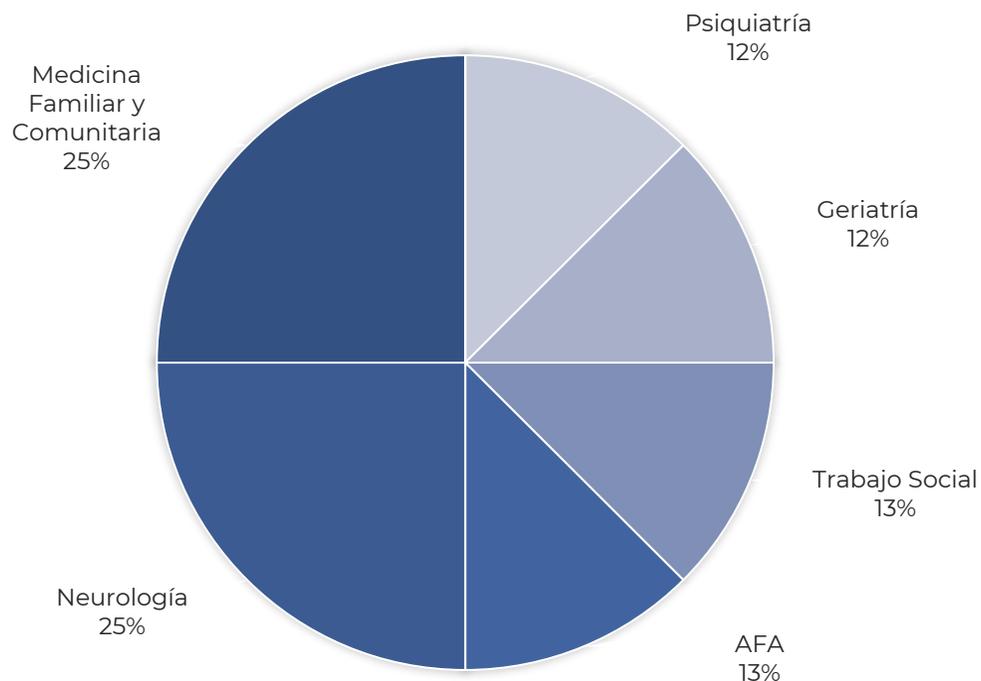
## RECURSOS

Se describen, revisan y analizan los recursos estructurales y tecnológicos disponibles en la Comunidad Autónoma para abordar la gestión de la patología.

El Comité Asesor del proyecto, está conformado por 7 profesionales que incluyen especialistas en Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria, Psiquiatría, Neurología, Gerencia y Asociaciones de Pacientes.

PROFESIONAL	PERFIL
<b>BELÉN GONZÁLEZ</b>	Especialista en Geriátría en el Servicio de Geriátría en el H.U. de Navarra. Coordinadora del grupo de demencias/Alzheimer de la SEGG.
<b>ENRIQUE ARRIETA</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de Segovia Rural (Segovia). Secretario del grupo de trabajo de neurología de SEMERGEN-AP.
<b>FRANCISCO JAVIER OLIVERA</b>	Especialista en Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital Universitario San Jorge de Huesca. Miembro del grupo de Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM)
<b>JESÚS RODRIGO</b>	Director Ejecutivo de CEAFA. Miembro de la Junta Directiva de ADI. Presidente de Alzheimer Iberoamérica.
<b>JOAQUÍN ESCUDERO</b>	Especialista en Neurología y Jefe de Servicio de Neurología en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
<b>PABLO MARTÍNEZ-LAGE</b>	Especialista en Neurología. Director científico de la CITA-Alzhéimer Fundazioa (Donostia) e investigador principal del Proyecto Gipuzkoa Alzheimer.
<b>PALOMA CASADO</b>	Directora gerente del Hospital Universitario del Sureste (SERMAS). Ha sido subdirectora general de Humanización de la Asistencia, Bioética, Información y Atención al paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La información que se presenta a continuación se ha recogido a partir de **fuentes públicas y mediante la realización de un cuestionario online** a un panel de expertos multidisciplinar. Algunas de las preguntas se han dirigido a perfiles concretos en función de su área de conocimiento y responsabilidad.



A lo largo de toda la presentación, se utilizará la siguiente nomenclatura para referirse a los distintos perfiles que conforman el panel de expertos:

- **Expertos encuestados:** todos los perfiles que conforman el panel.
- **Profesionales sanitarios:** medicina familiar y comunitaria, psiquiatria, geriatria, neurología.
- **Profesionales de atención hospitalaria:** geriatria, neurología, psiquiatria.
- **Profesionales de atención primaria:** medicina familiar y comunitaria.

PANEL DE EXPERTOS		
PROFESIONAL	PERFIL	CENTRO
Belén González Glaría	<b>Geriatria</b>	Especialista en Geriatria en el Servicio de Geriatria en el H.U. de Navarra. Coordinadora del grupo de demencias/Alzheimer de la SEGG.
Manuel Mozota Núñez	<b>Medicina familiar y comunitaria</b>	Vicepresidente SEMG Navarra
M.ª Rosa Larumbe Ilundain	<b>Neurología</b>	Coordinadora Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencia. S. de Neurología del C.H. de Navarra (Pamplona).
Manuel Martín Carrasco	<b>Psiquiatria</b>	Psicogeriatria. Clínica Padre Menni de Pamplona.
María José Galparsoro García	<b>Trabajo social</b>	Trabajadora Social. H.U. de Navarra

## 2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



Se han identificado varias herramientas de planificación y organización a nivel nacional que establecen el marco de actuación para el manejo de las demencias y el deterioro cognitivo en España. Los expertos han valorado su grado de implementación en **Navarra**, así como el grado de conocimiento sobre dichas herramientas por parte de los profesionales sanitarios implicados en el manejo de la EA.

## NACIONAL

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN EN NAVARRA	GRADO DE CONOCIMIENTO EN NAVARRA
Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia	2022	Ministerio de Sanidad   CEFA	BAJO-MODERADO	BAJO
Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)	2019	Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	MODERADO	BAJO
Guía oficial de práctica clínica en Demencia	2018	Sociedad Española de Neurología	MODERADO	BAJO
Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud	2016	Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	BAJO	MODERADO
Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores y Dependientes	2013	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	MODERADO	BAJO

## GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES HERRAMIENTAS NACIONALES DE EA EN NAVARRA

**80%** de los expertos encuestados consideran como **BAJO** o **MODERADO** el nivel de implementación del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias**.

**80%** de los expertos consideran como **BAJO** el nivel de implementación de la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud**.

## IMPLEMENTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN NACIONALES EN NAVARRA

Las acciones específicas impulsadas en Navarra para desarrollar el **Plan Integral de Alzheimer y otras demencias** y la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (SNS)** incluyen:

- Implantación de código ictus.
- Consulta integrada para la ELA.
- Estrategia de atención al paciente crónico con demencia.
- Creación de una unidad de demencia en el servicio de geriatría del Hospital Universitario de Navarra.
- Estrategia de atención al paciente crónico con enfermedades neurodegenerativas, como los parkinsonismos atípicos.
- Desarrollo de consultas no presenciales.
- Envío de correos electrónicos informativos sobre el Plan Integral de Alzheimer y otras demencias.

Sin embargo, en algunos casos, los expertos encuestados mencionan que no se han llevado a cabo acciones específicas, y que, a pesar de las anteriores, estos planes no siempre son conocidos.

Se han identificado varias herramientas de planificación y organización en **Navarra**, que establecen el marco de actuación para el manejo de las demencias y el deterioro cognitivo a nivel regional. Los expertos encuestados, además, han evaluado el grado de implementación y de conocimiento de estas herramientas entre los profesionales involucrados en el manejo de estas patologías.

## NAVARRA

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
<b>Manual para convivir con una persona con demencia (2020)</b>	2020	Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra	MODERADO	BAJO
Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023	2019	Gerencia de Salud Mental Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	MODERADO-ALTO	BAJO
Plan de Salud de Navarra 2014-2020	2014	Departamento de Salud	MODERADO	BAJO-MODERADO
Guía de Atención Individualizada a Personas Mayores en Situación de Dependencia	2014	Departamento de Políticas Sociales	BAJO-MODERADO	BAJO
<b>“Abordaje de la demencia”. Guía de actuación en la coordinación de Atención Primaria - Neurología</b>	2007	Neurología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	MODERADO-ALTO	MODERADO

## ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN EN NAVARRA

En Navarra, el **80% de los expertos encuestados** conoce quién es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

En Navarra, la mayoría de las herramientas de planificación, exceptuando el Manual para convivir con una persona con demencia (2020), el Plan de Salud Mental (2019) y la Estrategia de comunicación con el enfermo de Alzheimer, no han sido actualizadas en los últimos 9 años.

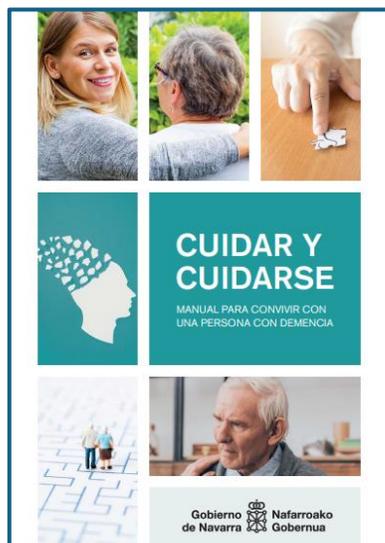
Otras herramientas identificadas por los expertos encuestados son:

- **web navarra.es - Demencia (herramientas de cuidados, estimulación cognitiva, vídeos...).**
- *Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos (2013).*
- *Pautas para comprender las demencias (2015).*
- **Estrategia de comunicación con el enfermo de Alzheimer (2021).**

**NOTA:** Se resaltan aquellos planes específicos para EA/demencia.

El grado de implementación y conocimiento se ha obtenido como la respuesta más frecuente dentro del conjunto de resultados (valor modal).

## 1. MANUAL PARA CONVIVIR CON UNA PERSONA CON DEMENCIA (2020)



La demencia es una enfermedad de gran impacto, no solo para la persona afectada, sino también para sus cuidadores y familiares, debido al deterioro cognitivo, la dependencia y la falta de tratamientos efectivos. A pesar de no tener cura, comprender la enfermedad y aplicar pautas adecuadas puede mejorar la calidad de vida.

El **Manual para convivir con una persona con demencia (2020)** incluye información disponible que puede ayudar a entender la enfermedad, a cuidar de la persona que la padece y a cuidarse. Además, recoge una serie de servicios y personas del entorno navarro que pueden ofrecer ayuda y apoyo. Siguiendo la propia evolución de la enfermedad, las necesidades van a ir variando pudiendo necesitar:

- Acogida e información, atención psicológica, asesoramiento individualizado y familiar, grupos de apoyo y cursos de formación en Asociaciones de Pacientes (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de Navarra: AFAN), Escuela de pacientes, Cruz Roja.
- Servicio de carácter preventivo mediante la teleasistencia.
- Valoración de la situación de dependencia para la solicitud de ciertas ayudas y recursos.
- Servicio de atención domiciliaria municipal. En algunas zonas incluye servicio de comidas, lavandería...
- Gestión de ayudas para prestaciones ortoprotésicas.
- Servicio de transporte adaptado y asistido.
- Servicios de atención diurna: Centros de Día y Estancias Diurnas.
- Servicio de estancia nocturna en residencia psicogeríátrica.
- Servicio de ingresos temporales en residencia psicogeríátrica.
- Servicio de atención residencial en centro psicogeríátrico.

**Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra**

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

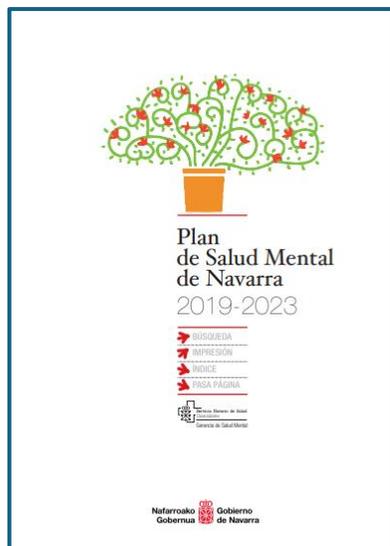
**BAJO**



### Puntos clave

- **LAS DEMENCIAS:** qué son; síntomas y evolución; convivir con la demencia.
- **AFRONTAR LA SITUACIÓN:** cuidar y cuidarse; tomar decisiones y comunicarse; consideraciones éticas y legales.
- **CUIDAR A LA PERSONA CON DEMENCIA:** qué hacer; manejo de los síntomas conductuales; manejos de los síntomas psicológicos; medicación.
- **CUIDARSE:** emociones y sentimientos; la propia vida; vida sana; compartir cuidados.
- **ASOCIACIONES Y RECURSOS SANITARIOS.**

## 2. PLAN DE SALUD MENTAL DE NAVARRA (2019-2023)



El **III Plan de Salud Mental de Navarra (2019-2023)** continúa con los objetivos del Plan Estratégico de Salud Mental 2012-2016, centrado en la mejora de la atención en salud mental a través de cuatro ejes principales:

- **Potenciación del modelo comunitario:** consolidación del modelo mediante nuevos programas y expansión de servicios en salud mental, incluidos atención domiciliaria y rural.
- **Detección e intervención precoz:** implementación de un modelo de intervención temprana, especialmente en psicosis, con enfoque integral y basado en la recuperación personal.
- **Disminución de la variabilidad clínica:** promoción de la equidad y efectividad en la asistencia mediante evaluación clínica estandarizada y tratamiento individualizado.
- **Atención centrada en la persona:** impulso de la participación activa de los pacientes y sus familias en su proceso asistencial.

Las fortalezas incluyen la estructura organizativa de la Ley Foral 21/2010, el desarrollo de recursos asistenciales y un enfoque basado en la evaluación continua. No obstante, se reconocen áreas de mejora, como la atención insuficiente a ciertos grupos de pacientes, la fragmentación en los trastornos adictivos y la necesidad de actualizar infraestructuras obsoletas.

El Plan establece 12 líneas estratégicas y 40 objetivos para mejorar la salud mental en Navarra, alineados con la estrategia "Caminando por la Salud", con metas claras para mejorar la salud, la experiencia de los pacientes, la eficiencia y la satisfacción de los profesionales.

### Gerencia de Salud Mental Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea

Nivel de implementación:

**MODERADO-ALTO**

Nivel de conocimiento:

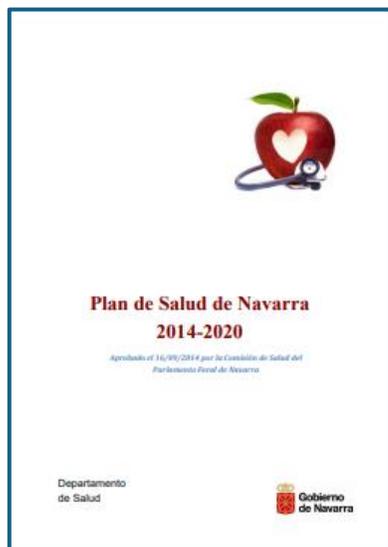
**BAJO**

+

### Líneas estratégicas

- **1.** Personas activas en un sistema de salud proactivo.
- **2.** Mejor prevenir que curar.
- **3.** Priorizar la atención a las personas más vulnerables.
- **4.** Integrar la atención para ofrecer mayor valor y seguridad para cada paciente.
- **5.** Atención a pacientes en el lugar y en el momento adecuado.
- **6.** Trabajando conjuntamente el espacio sociosanitario para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias.
- **7.** Innovando en calidad.
- **8.** Avanzando hacia la evolución digital de profesionales, pacientes y ciudadanía.
- **9.** Empleando de forma óptima los recursos para garantizar una sanidad universal.
- **10.** Profesionales con formación para mejorar la calidad de la atención.
- **11.** Equipos profesionales implicados con sus pacientes.
- **12.** Participación de profesionales en la gestión para mejorar la atención.

## 3. PLAN DE SALUD DE NAVARRA (2014-2020)



El **Plan de Salud 2014-2020** es el eje central de la planificación sanitaria, con el objetivo de guiar las políticas de salud del Sistema Sanitario.

Desarrollado con un enfoque participativo y amplio consenso, busca integrar los objetivos de salud en la gestión clínica y fomentar su conocimiento y compromiso entre profesionales y gestores.

El plan extiende su intervención más allá de la atención sanitaria, promoviendo un enfoque de "Salud en Todas las Políticas", involucrando factores sociales, educativos y medioambientales como determinantes clave de la salud poblacional. Además, se enfoca en mejorar las estrategias de promoción de la salud, empoderando a los ciudadanos a tomar un papel activo en su bienestar.

Las estrategias del plan incluyen doce áreas prioritarias, distribuidas en programas de salud, con objetivos medibles y metas claras. También se han identificado obstáculos y se han propuesto instrumentos para asegurar la efectividad y eficiencia del plan, con el fin de convertir las prioridades en acciones concretas del Sistema Sanitario.

### Departamento de Salud

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO-MODERADO**

+

### Estrategias integrales de salud

- *Prevención y Promoción Infantil y Adolescente.*
- *Promoción de la Salud y Autocuidados en Adultos.*
- *Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía.*
- *Prevención y Atención al Cáncer.*
- *Prevención y Atención en Salud Mental.*
- ***Atención a la Demencia y otras Neurodegenerativas.***
- *Atención a las Urgencias Tiempo Dependientes.*
- *Prevención y Atención a Enfermedades Vasculares y Diabetes.*
- *Prevención y Atención a Enfermedades Respiratorias.*
- *Atención a Pacientes Pluripatológicos.*
- *Cuidados Paliativos y Dolor.*
- *Seguridad del Paciente.*

## 3. PLAN DE SALUD DE NAVARRA (2014-2020) (Continuación)

---

### La Estrategia de atención a la demencia y otras enfermedades neurodegenerativas incluye:

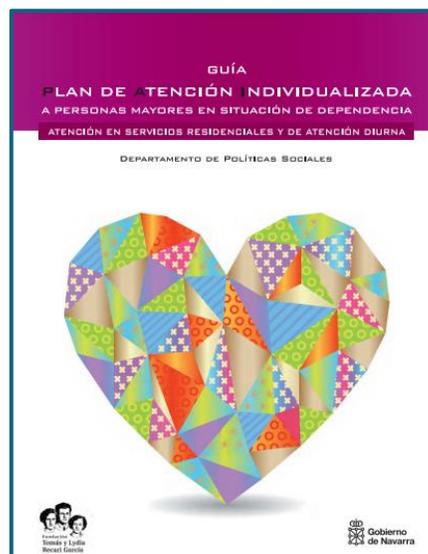
#### Programa de atención a la Demencia:

- **F.1.1.** Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Demencia por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- **F.1.2.** Protocolo informatizado compartido de Demencia previa evaluación de la implementación de la Guía de demencia en Atención Primaria.
- **F.1.3.** Valoración e intervención integral socio-sanitaria coordinada con Política Social.
- **F.1.4.** Poner en marcha una Unidad Multidisciplinar de Demencias.
- **F.1.5.** Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de enlace en Especializada.
- **F.1.6.** Protocolo de estimulación cognitiva y ejercicio tanto en pacientes ambulatorios, domiciliarios e institucionalizados. Criterios de derivación a Unidad de Memoria.
- **F.1.7.** Protocolo específico de atención a las alteraciones conductuales.
- **F.1.8.** Consulta urgente especializada para períodos de desestabilización. Presencial y no presencial.
- **F.1.9.** Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización.
- **F.1.10.** Planificación al alta y continuidad de cuidados. Visita a las 48 h.

#### Programa específico de Capacitación y Apoyo a la Persona cuidadora de pacientes con Deterioro Cognitivo:

- **F.2.1.** Escuela de Personas cuidadoras. Aula específica de Cuidado a la Demencia. Persona Cuidadora Experta.
- **F.2.2.** Capacitación específica en pautas de estimulación cognitiva y alteraciones conductuales.
- **F.2.3.** Identificación de la Persona cuidadora principal en Historia Clínica y evaluación sobrecarga y Euroqol.
- **F.2.4.** Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora.
- **F.2.5.** Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda.
- **F.2.6.** Promover la participación en el cuidado del resto de la familia y apoyo de voluntariado.
- **F.2.7.** Atención continuada telefónica especializada.

## 4. GUÍA DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (2014)



Esta guía está destinada a los profesionales de los centros residenciales y de atención diaria, con el objetivo de ofrecer pautas para la creación de planes de atención personalizados para personas mayores dependientes en los Servicios Sociales de Navarra.

El trabajo surge de un análisis previo y tiene como propósito mejorar la personalización de la atención, colocándola en el centro del cuidado. El diagnóstico inicial evidenció variabilidad en la calidad de los servicios, destacando la necesidad de mejorar la valoración integral de los usuarios como base para la elaboración de estos planes.

Se subraya la importancia de que los planes sean sistemáticos, respondan a necesidades reales y contemplen las biografías y preferencias de los usuarios. Además, se promueve la participación de los usuarios y sus familias en el proceso de elaboración. El plan enfatiza la profesionalización y competencia de los equipos interdisciplinarios para garantizar una atención de calidad centrada en la persona, mediante protocolos sistematizados y recursos adecuados.

### Departamento de Políticas Sociales

Nivel de implementación:

**BAJO-MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**



### Puntos clave

- **Los centros de mayores, “un lugar para vivir”.**
- **Importancia de la atención integral.**
- **El equipo interdisciplinar.**
- **El profesional de referencia.**
- **La organización al servicio de las personas.**
- **Importancia de la familia.**
- **Principios rectores aplicados a las intervenciones.**
- **Plan de atención individualizada.**
- **La valoración integral.**

#### 4. GUÍA DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (2014) (Continuación)

---

##### El Plan de Atención Individualizada (PAI):

- El Plan de Atención Individualizada recoge valoraciones, objetivos e intervenciones para fomentar la autogestión de la persona, promoviendo su autonomía. Es un documento dinámico, trabajado de manera interprofesional y en diálogo con la persona y su familia, centrado en apoyar su proyecto de vida.
- El equipo interdisciplinar debe valorar el estado psicofísico, funcional y social de la persona, priorizando sus necesidades y diseñando actuaciones integrales. Es fundamental identificar factores de riesgo y mejorar la independencia mediante prevención, tratamiento y planes de cuidados. Además, se debe definir estrategias de intervención, considerando el proyecto de vida y las preferencias de la persona, su familia y redes de apoyo.
- El PAI debe ser un proceso continuo, dinámico, y adaptado a las necesidades de la persona. Es un instrumento abierto, participativo e interdisciplinario, con la colaboración del equipo y la familia.
- Busca mejorar la calidad de vida de la persona usuaria a través de una valoración integral, detección de necesidades y establecimiento de objetivos en áreas preventivas, asistenciales y de rehabilitación. Se eligen servicios y actividades para alcanzar estos objetivos, con pautas personalizadas y seguimiento continuo.

##### La valoración integral:

- La valoración integral es un proceso dinámico e interdisciplinario que involucra a diversos profesionales para obtener una visión global de la persona.
- Este proceso detecta y cuantifica problemas, necesidades y capacidades en áreas clínicas, funcionales, mentales y sociales, con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención, tratamiento y seguimiento. Busca mejorar la exactitud diagnóstica, identificar problemas no detectados, conocer los recursos personales y sociales, y evitar el deterioro y la dependencia.
- Los principales medios de valoración incluyen la historia clínica, exploración física, evaluación psíquica y social, y el uso de escalas de valoración para facilitar la comunicación y seguimiento entre profesionales.
- Las áreas de valoración incluyen:
  - **Valoración social:** se enfoca en la relación entre la persona y su entorno social, identificando intervenciones para promover su autonomía e integración. Considera tanto redes sociales informales (familia, amistades, voluntariado) como recursos sociales formales.
  - **Valoración física:** aborda la promoción, prevención y mantenimiento de la salud para garantizar la mejor calidad de vida. Es realizada por profesionales sanitarios, pero en centros sin personal facultativo, los médicos de familia de la zona básica son responsables.
  - **Valoración funcional:** procedimiento que va dirigido a recopilar toda la información referente a la capacidad que tiene la persona usuaria para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.
  - **Valoración mental:** será necesario realizar el estudio tanto de la esfera cognitiva como de la esfera afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas.

## 5. "ABORDAJE DE LA DEMENCIA". GUÍA DE ACTUACIÓN EN LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA - NEUROLOGÍA

"Abordaje de la demencia"  
Guía de actuación en la coordinación  
Atención Primaria - Neurología



La guía "**Abordaje de la demencia**", publicada por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, tiene como objetivo mejorar la atención de las personas con deterioro cognitivo o demencia. Está dirigida a profesionales de atención primaria y especialistas en neurología del Servicio Navarro de Salud, con el fin de unificar las pautas de actuación en diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Su propósito es facilitar un diagnóstico temprano y un seguimiento más coordinado de las personas con demencia.

La guía se basa en evidencia científica y propone recomendaciones para la toma de decisiones clínicas. Aunque no cubre todos los casos posibles, proporciona un marco de actuación.

La atención primaria juega un papel clave en la detección temprana de la demencia, especialmente en personas que consultan por pérdida de memoria u otros síntomas. El diagnóstico se basa en entrevistas clínicas y escalas psicométricas, y los profesionales de atención primaria, en colaboración con neurología, se encargan del seguimiento, tratamiento, control de síntomas, apoyo a cuidadores y cuidados paliativos.

### Neurología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

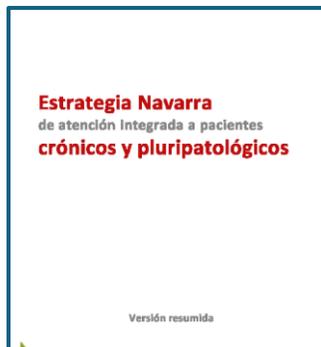
Nivel de implementación:

**MODERADO-ALTO**

Nivel de conocimiento:

**MODERADO**

## 6. OTRAS HERRAMIENTAS IDENTIFICADAS



### Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos (2013)

La Estrategia de Crónicos redefine el modelo de atención sanitaria, orientándolo al paciente y a resultados en salud. Propone un proyecto que reorganiza la atención, alineado con el nuevo Plan de Salud, otorgando a los pacientes un rol activo en el cuidado de su salud.



### Pautas para comprender las demencias (2015)

La sobrecarga por cuidados continuados afecta la salud del cuidador, quien necesita apoyo y asesoramiento junto con el enfermo para manejar situaciones complejas. Es clave solicitar recursos combinados de servicios sociales y de salud, priorizando también el cuidado del cuidador para garantizar atención de calidad a la persona con EA.



### Estrategia de comunicación con el enfermo de Alzheimer (2021)

La pérdida del lenguaje en el Alzheimer genera emociones dolorosas y exige aprender nuevas formas de comunicación. Una relación adecuada puede mitigar el miedo y la ansiedad, beneficiando al enfermo y al cuidador. Este cuadernillo ofrece recursos básicos para afrontar la incomunicación asociada a la enfermedad.

### 3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



El proceso asistencial de las personas con EA se puede subdividir en subprocesos que abordan etapas y aspectos específicos del manejo de la enfermedad. Esta estructura garantiza una atención integral y coordinada, optimizando los recursos y mejorando la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus cuidadores.

<b>SUBPROCESO 0</b> Información, asesoramiento y apoyo	Subproceso <b>transversal</b> que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.
<b>SUBPROCESO 1</b> Primeros síntomas	Subproceso inicial de <b>detección de los primeros síntomas</b> del paciente, ya sea en su entorno familiar o social, así como en el entorno médico, tanto de atención primaria como hospitalaria.
<b>SUBPROCESO 2</b> Valoración del paciente	<b>Subproceso 2A:</b> Subproceso de <b>valoración inicial</b> , que abarca el manejo por parte del equipo integral de atención primaria. <b>Subproceso 2B:</b> Subproceso de <b>valoración hospitalaria</b> que abarca el manejo por parte del equipo de atención hospitalaria (unidades especializadas, neurología, geriatría y psiquiatría).
<b>SUBPROCESO 3</b> Valoración diagnóstica	Subproceso <b>valoración diagnóstica</b> de pacientes. Incluye la batería de pruebas disponibles desde cada nivel asistencial.
<b>SUBPROCESO 4</b> Tratamiento	<b>Subproceso 4A:</b> Subproceso de <b>tratamiento farmacológico</b> . Incluye los circuitos de prescripción, renovación y control de medicación, así como los agentes implicados. <b>Subproceso 4B:</b> Subproceso de <b>tratamiento no farmacológico</b> y los agentes implicados.
<b>SUBPROCESO 5</b> Seguimiento	Subproceso de <b>seguimiento</b> de pacientes a lo largo de la evolución natural de la EA.
<b>SUBPROCESO 6</b> Cuidados paliativos	Subproceso sobre <b>cuidados paliativos</b> y su manejo en personas con EA.

## AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



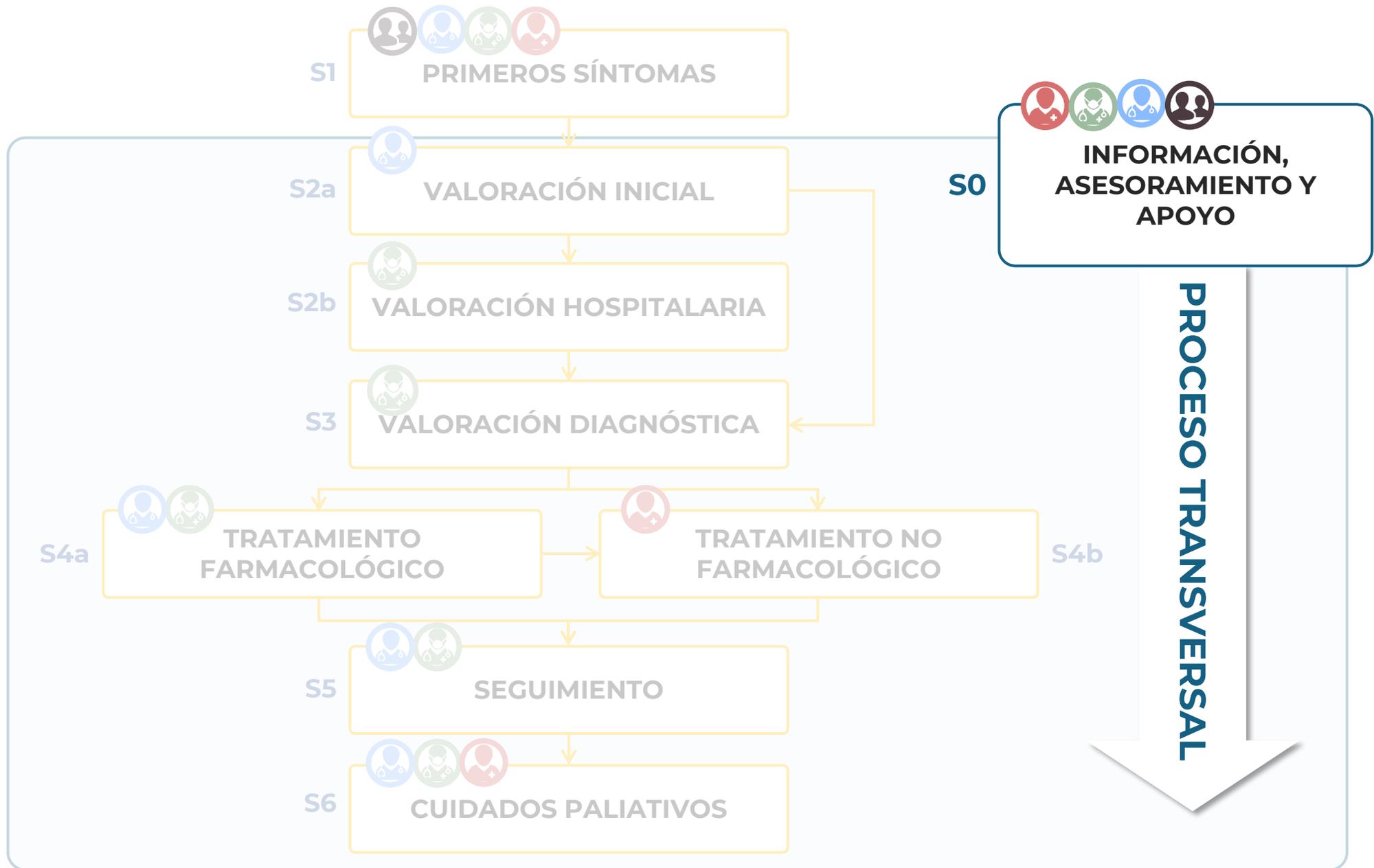
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



## AGENTES



## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN NAVARRA

S0



INFORMACIÓN,  
ASESORAMIENTO Y  
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

**COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO:** el **75%** de los expertos encuestados refieren que la comunicación del diagnóstico de EA se realiza, habitualmente, por parte de los profesionales de neurología seguido, en menor medida, por los de medicina familiar y comunitaria y geriatría.

- **El 60%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en este momento como **insuficiente**, siendo la **principal causa** de esto la falta de **tiempo en consulta**. También mencionan la falta de un procedimiento de información.
- **El 50%** indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan tanto en una consulta rutinaria como en una consulta específica. Un 25% afirma que, en una consulta específica, y el 25% restante, en una rutinaria.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
  - **Todos los expertos encuestados** afirman que uno de los temas que se tratan, de forma más habitual, durante la comunicación del diagnóstico es la **información sobre la propia enfermedad**, junto con las **expectativas clínicas**.
  - **El 75%** de los expertos encuestados afirman que uno de los temas más tratados son los **recursos de apoyo** (socio-sanitarios).
  - **El 50%** de los expertos encuestados afirman que uno de los temas más tratados son las **terapias no farmacológicas**, junto con la **planificación anticipada**.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN NAVARRA

S0



INFORMACIÓN,  
ASESORAMIENTO Y  
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES:** no existe un consenso sobre cuándo se recomienda a la persona con EA que realice la planificación anticipada de decisiones, pudiendo realizarse desde en la valoración inicial hasta en fases más avanzadas del proceso.

- **Un 80%** de los expertos encuestados refieren que se realiza durante o después del diagnóstico; **20%** restante afirma que se realizar durante el seguimiento.
- Los profesionales encargados de este procedimiento son medicina familiar y comunitaria y trabajo social.
- **Un 60%** de los expertos encuestados consideran que el soporte a las personas con EA y familiares para la redacción de estos documentos es **suficiente**.
- Se están creando las herramientas que permitan hacerlo efectivo y, actualmente, se está en fase de informar a profesionales de ámbito sanitario y social de su existencia.

**REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS:** no existe un consenso sobre cuándo se recomienda a la persona con EA que realice el registro de las voluntades anticipadas, aunque indican que, principalmente, se realiza desde atención primaria.

- **El 100%** de los expertos encuestados refiere que existe un protocolo específico de acceso y registro para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas y eutanasia.
- Existe un apartado en la historia clínica electrónica (HCE) para registro de voluntades anticipadas.
- **El 80%** de los expertos encuestados afirman que el registro de voluntades anticipadas se realiza para la mayoría de las personas con EA.

## AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria

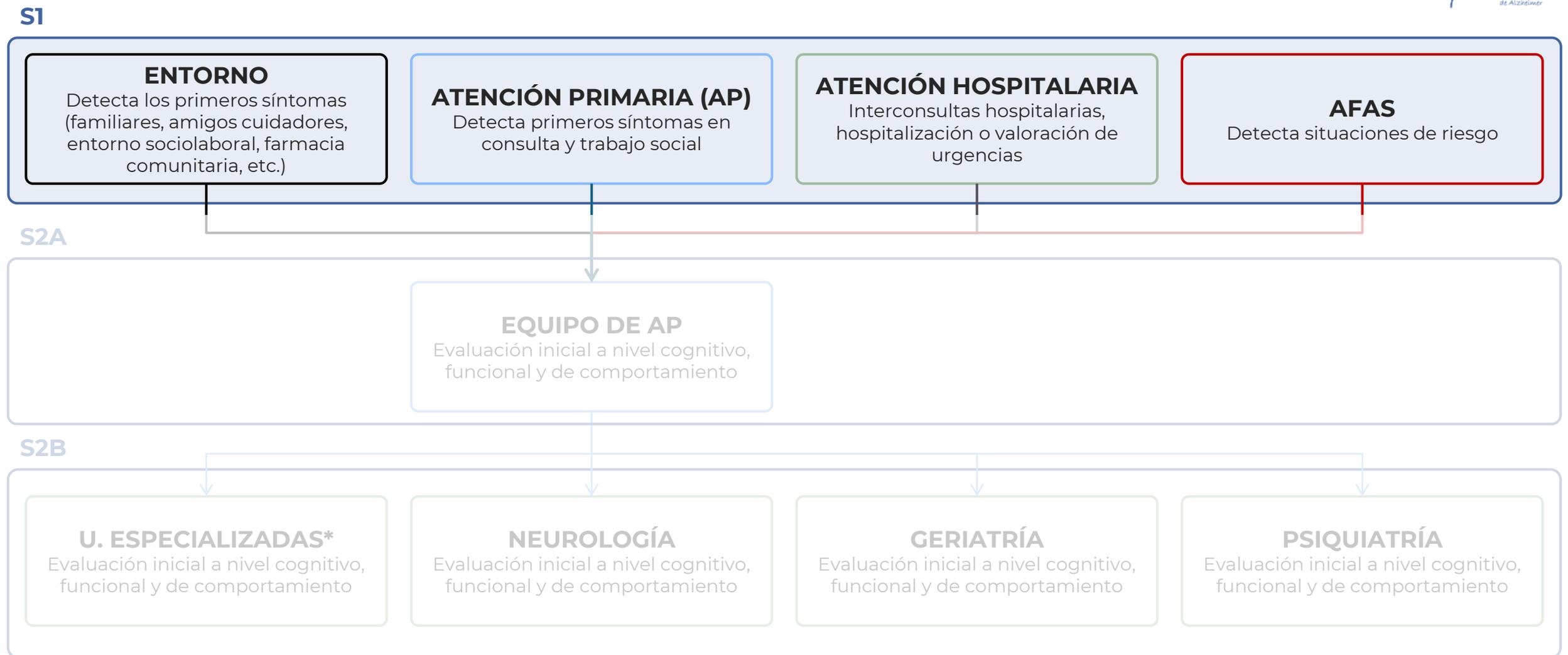


Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario





\*Consulta con dedicación a la evaluación de personas con EA, distinta de S. neurología general, geriatría o psiquiatría. Uno de los expertos encuestados menciona, asimismo, la valoración desde S. urgencias.



## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN NAVARRA

**PLANTEAMIENTO GENERAL DE SUBPROCESO 1:** el **100%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 1 sobre primeros síntomas se ajusta a la realidad en Navarra.**

**BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO:** los profesionales de atención primaria afirman que en las consultas preguntan activamente a las personas y/o familiares ante la presencia de cualquier sospecha de deterioro cognitivo.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS:** la intervención de trabajo social en la detección de los primeros síntomas varía según el contexto. En algunos casos, se deriva al profesional de trabajo social del centro de salud en atención primaria para ofrecer información y orientación a la persona con sospecha de EA y su familia, especialmente en situaciones de vulnerabilidad o cuando los apoyos familiares son limitados. En otros casos, la intervención ocurre en fases más avanzadas. Además, los servicios sociales mantienen comunicación con estos trabajadores, pero **su participación en la detección temprana es limitada**, interviniendo principalmente cuando ya existen problemas sociales en etapas más avanzadas de la enfermedad.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN NAVARRA

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** mejorar la **identificación temprana** de los síntomas, proporcionar información a personas con sospecha de EA y familiares sobre aspectos legales y el proceso de la enfermedad para **facilitar decisiones informadas**, y adaptar los **tests de detección a las fases tempranas** de la enfermedad. También se señala la necesidad de **aumentar la sensibilización sobre los primeros síntomas**, especialmente en personas mayores, **mejorar las listas de espera** en hospitales para garantizar una atención más rápida y **superar el nihilismo terapéutico**, fomentando una actitud más positiva hacia los tratamientos y cuidados disponibles.

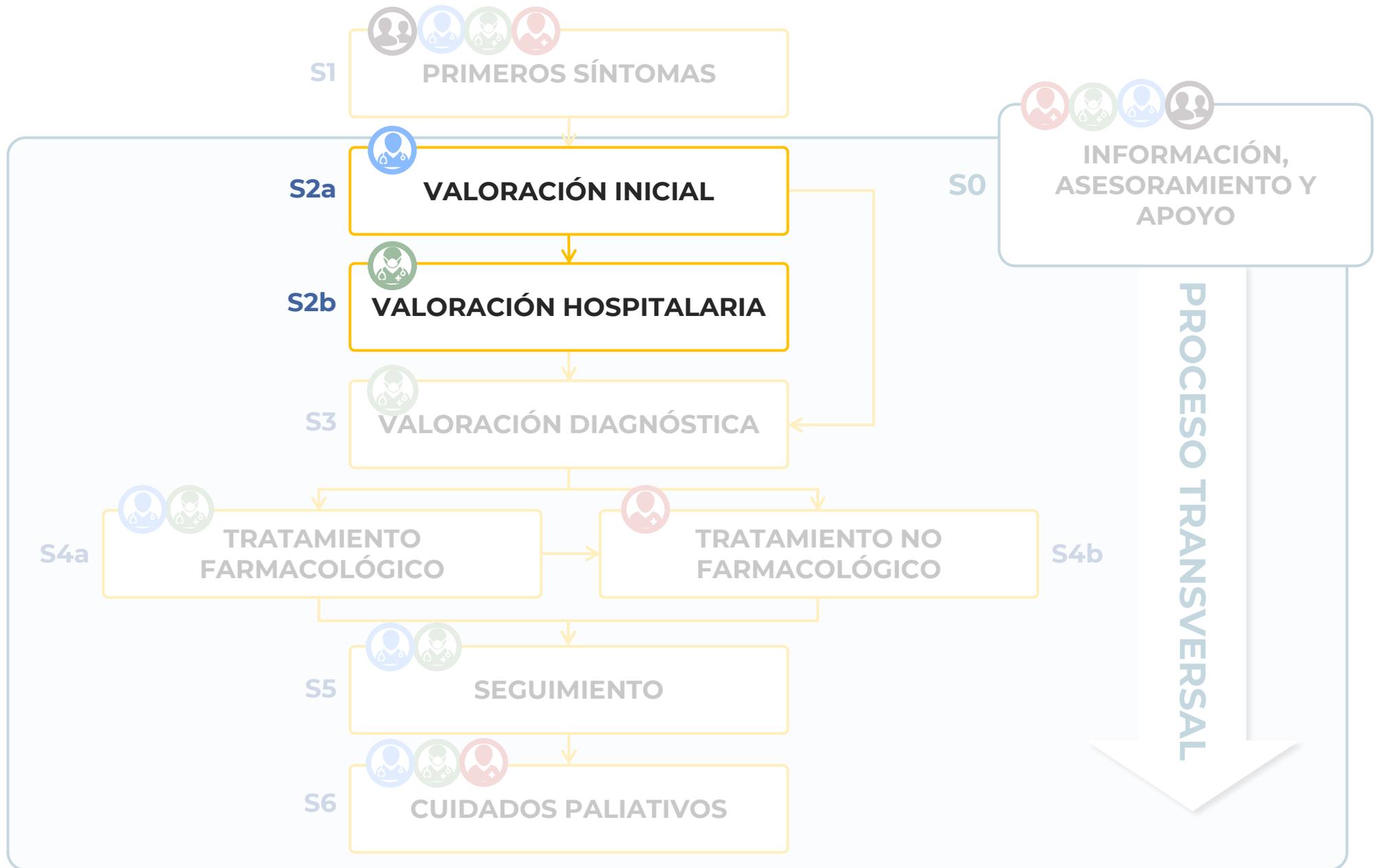
En concreto, no hay un consenso entre las principales **BARRERAS** identificadas, los encuestados mencionan los siguientes:

- El **100%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios.
- El **60%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **reticencia de pacientes y familiares** sobre la sintomatología de la enfermedad que cuyos **síntomas se interpretan como parte natural del envejecimiento**.
- El **40%** de los expertos encuestados identifican como barrera los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema.

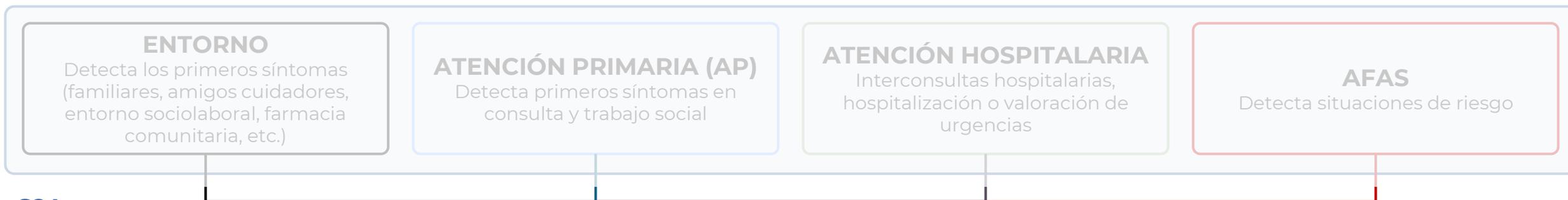
La principal barrera detectada por **atención primaria** es la **falta de tiempo en consulta**. En **atención hospitalaria**, señalan la **falta de herramientas**, la **falta de tiempo en consulta**, la **actitud reticente** por parte de las **personas con EA/familiares** y **actitud nihilista** de algunos profesionales respecto a la importancia de un diagnóstico temprano como las principales barreras.

## AGENTES

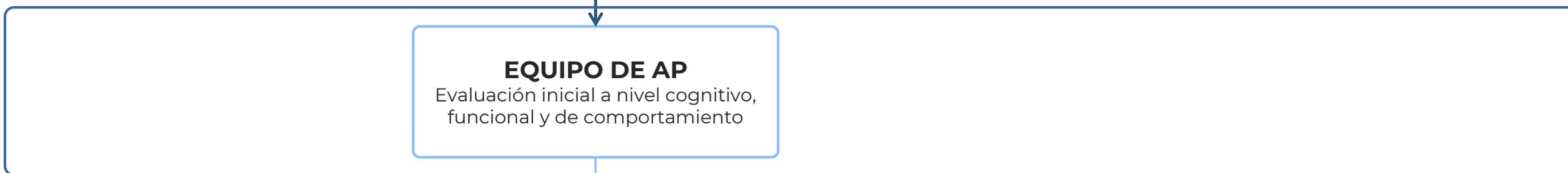
- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario**



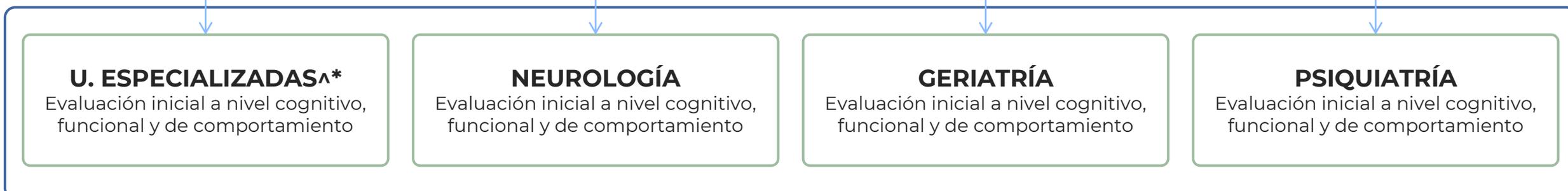
S1



S2A



S2B



\*Consulta con dedicación a la evaluación de personas con EA, distinta de S. neurología general, geriatría o psiquiatría. Uno de los expertos encuestados menciona, asimismo, la valoración desde S. urgencias.



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN NAVARRA

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2:** el **100%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 2A de valoración inicial y 2B de valoración hospitalaria se ajusta a la realidad en Navarra.**

**EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN:** el **100%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que existe un protocolo de derivación desde atención primaria al servicio de neurología/geriatría en Navarra. El grado de conocimiento de este protocolo es **ALTO**.

**DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA:** los profesionales de atención primaria refieren **no** tener capacidad para realizar derivaciones a unidades especializadas, siendo lo más habitual las derivaciones a **unidades especializadas de neurología y/o geriatría.**

- **El número de consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria** oscila entre 2 y 5 visitas previas a la derivación.
- **Pruebas solicitadas desde atención primaria:** habitualmente se solicita una analítica, junto con valoración neuropsicológica. Además, se recomienda que se realice un TAC.
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** existe disponibilidad para realización de pruebas de neuroimagen y pruebas en líquido cefalorraquídeo, así como análisis genéticos y valoraciones neuropsicológicas.
- **El tiempo medio** desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria es de **3 – 6 meses\***.
- **El tiempo medio** desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta de atención hospitalaria es **superior a 6 meses\***, según los encuestados.

\*Estos tiempos se consideran similares a otras patologías neurológicas, no difiriendo en los casos de sospecha de EA.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN NAVARRA

**EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE PERSONAS CON SOSPECHA EA:** realiza una valoración sociosanitaria de las personas con demencia en el GDS 5 y más, evaluando tanto el entorno familiar como los problemas sociales derivados de la patología. En atención hospitalaria, sin embargo, afirman no tener un profesional de trabajo social para estas labores.

**ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA:** el **100%** de los expertos encuestados refiere tener acceso a recursos de neuropsicología en esta parte del proceso.

### PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria encuestados consideran que el papel principal de enfermería de atención primaria es la **valoración mediante escalas y el control de la persona con EA**.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria consideran que el papel principal de enfermería de atención hospitalaria es la **valoración funcional, la información, recomendaciones y manejo no farmacológico de los trastornos conductuales** en personas con demencia. Sin embargo, la implementación de esta consulta depende del servicio hospitalario y de la experiencia de cada enfermera. En el **servicio de geriatría, la figura de enfermería juega un papel fundamental en la valoración inicial**, aunque su actuación varía según la enfermera y el contexto.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el **50%** de los profesionales sanitarios refieren la existencia de estas figuras en su entorno. Se encargan de la coordinación y seguimiento de personas con demencia moderada-avanzada. Actualmente, existe una enfermera de enlace o gestora de casos tanto en el hospital como en atención primaria, dentro de la estrategia de atención al paciente crónico con demencia. Sus funciones incluyen garantizar la continuidad asistencial entre el nivel hospitalario y la atención primaria, colaborar en la gestión de casos difíciles, apoyar en la toma de decisiones dentro del equipo, valorar el entorno del cuidador y proporcionar educación al cuidador.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN NAVARRA

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados coinciden en que uno de los principales retos en esta etapa es **llegar a todos las personas con diagnóstico de demencia**, ya que la **carga de trabajo** de los profesionales y el hecho de que las personas con EA se encuentren en **fase aguda** durante el ingreso dificultan una valoración certera. Además, se considera **esencial propiciar un diagnóstico temprano y profundizar en el abordaje integral** de las diversas consecuencias de la enfermedad.

Otro desafío señalado es la **mejora de la coordinación entre atención primaria y hospitalaria**, así como mejorar la accesibilidad de los pacientes a la atención hospitalaria.

En cuanto a las **áreas de mejora**, se destacan:

- **Necesidad de empoderar a los profesionales de atención primaria**, quienes tienen capacidad para el diagnóstico, especialmente en las formas atípicas de la enfermedad.
- **Mejorar la coordinación entre departamentos y entre los niveles de atención primaria y hospitalaria**, ya que actualmente cada entidad funciona de manera autónoma, con escasa coordinación y comunicación.

En Navarra, se destacan los siguientes **resultados sobre el uso de herramientas de valoración inicial**, y se analiza su frecuencia de utilización, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria:

## EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ABREVIADA

## VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL

### ATENCIÓN PRIMARIA

Mini Examen Cognitivo de Lobo    Minimental State Examination

Índice de Barthel (ABVD)

### ATENCIÓN HOSPITALARIA

<b>Mini-Mental State Examination</b>	<b>Test del Reloj</b>
<b>Minimental Examen Cognitivo de Lobo</b>	<b>Montreal Cognitive Assessment</b>
Memory Impairment Screen	-

### Functional Assessment Stages (FAST)

Índice de Barthel (ABVD)  
Escala de Lawton y Brody  
Functional Activities Questionnaire (FAQ)

*Escala de negrita a gris en función de la frecuencia de utilización según los expertos encuestados (negrita las herramientas más frecuentes y gris a aquellas que han sido nombradas ocasionalmente).*

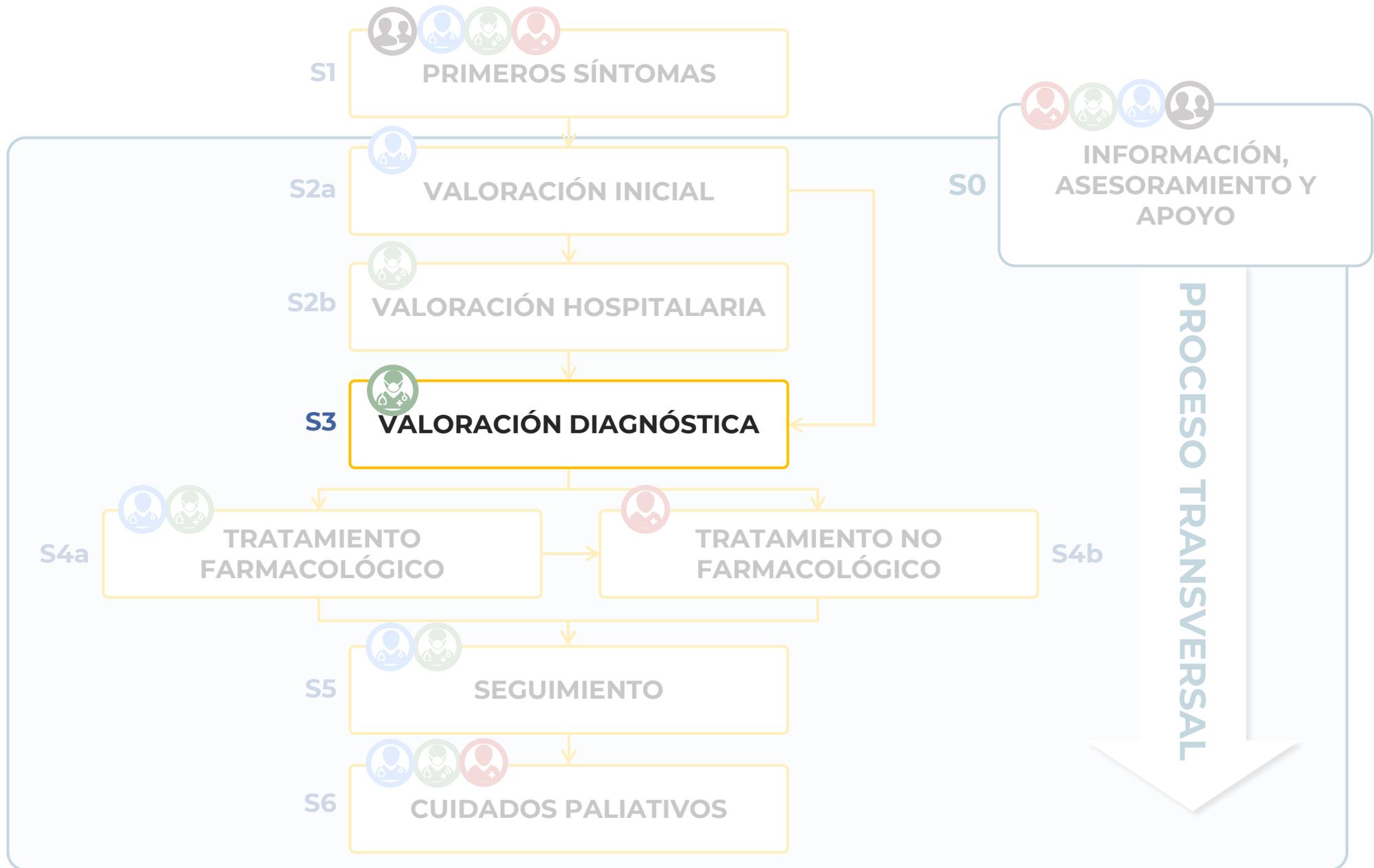
**Exploración neuropsicológica abreviada:** los test realizados de manera más habitual tanto en atención primaria como en hospitalaria son el **Minimental State Examination (MMSE)** y el **Minimental Examen Cognitivo de Lobo**.

**Valoración de la repercusión funcional:** el test realizado de manera más habitual en atención hospitalaria es el **Functional Assessment Stages (FAST)**, y el **Índice de Barthel (ABVD)** en atención primaria.

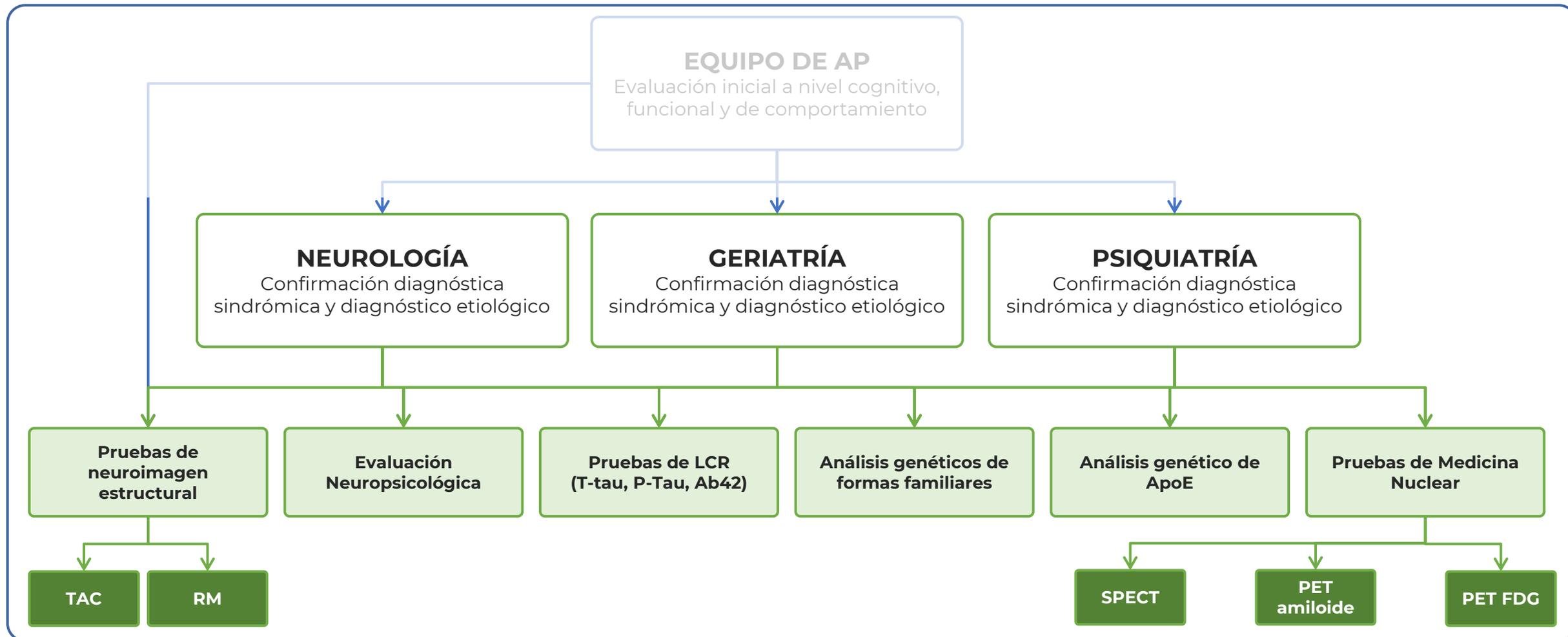
**Otros identificados:** test memoria FCSRT (Free and Cued Selective Reminding Test), Trail Making, Boston, T@M.

## AGENTES

- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario**



S3



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN INICIAL

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3:** el **80%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre la valoración diagnóstica se ajusta a la realidad en Navarra.**

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: TAC

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una prueba TAC en el caso de sospecha de EA, ya que sostienen que está en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **100%(60%-90%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba TAC.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas TAC es **MEDIO**.

El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que los TACs se realizan en las máquinas del propio centro; el **50%** restante afirman que se realizan tanto en centros de referencia del SNS, como en centros privados, y en el propio centro.

El **100% sostiene que no se dispone de un uso específico** de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

**El tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- **Superior a 3 meses**, según **el 50%** de los profesionales sanitarios encuestados.\*\*
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por el **75%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportan, mayoritariamente, >3 meses de espera y, en un caso, entre 1-2 meses), y **adecuado** por el **25%** restante (reportan >1 mes).
- El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera; el **25%** señala la **derivación a centros externos concertados**, junto con la realización de **complementos externos de productividad por radiólogos**.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es **maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**.

El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los **tiempos de espera demasiado largos**.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. \*\*Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: RM

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una RM para las personas con sospecha de EA, ya que está incluida en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **25,2%(20%-30%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba RM.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas RM es **MEDIO**.

El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro, así como en centros de referencia del SNS. Un **25%** afirma que se realizan tanto en el propio centro, como en centros privados. El **25%** restante menciona, además del propio centro, una RM móvil concertada.

Un **75%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que en su centro no se dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA (*Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina*).

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Superior a **3 meses**, según el **75%** de los profesionales sanitarios encuestados.\*\*
- El tiempo de espera es considerado por este **75%** de profesionales sanitarios como **inadecuado**.
- El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce o niega la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera. El **50%** restante señala la existencia de la RM móvil, así como las derivaciones a centros privados, junto con pagos por productividad.
- El **100%** de los encuestados sostienen que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es **maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**. Un experto menciona, además, que debería optimizarse la indicación de esta prueba.

El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los **tiempos de espera demasiado largos**, así como las limitaciones a un **perfil específico de pacientes** (ej. personas con perfil de riesgo cerebrovascular)

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. \*\*Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: SPECT

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman tener acceso para solicitar una prueba SPECT en el caso de sospecha de EA, ya que está incluido en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **6,6% (5%-10%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba SPECT.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas SPECT es **MEDIO**.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas no se realizan, en las máquinas del propio centro.

Un **67%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que su centro dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Inferior a 1 mes, según **el 33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, y superior a 3 meses, según otro **33,3%**. El **33,3%** restante lo desconoce.\*\*
- Este tiempo es considerado como **inadecuado** por el **33,3%** de los encuestados que reportan tiempos superiores a 3 meses.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera o que desconocen su existencia.
- El **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera sería **maximizar tanto la maquinaria como los profesionales**. Otro **33,3%** asegura que debería **mejorarse la indicación**, y el **33,3%** no identifica ninguna estrategia, ya que **cada vez se solicitan menos pruebas**.

El **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los **tiempos de espera demasiado largos**, así como las **limitaciones a un perfil específico de pacientes** (ej. personas con perfil de demencia frontotemporal).

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 - 5)

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. \*\*Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: PET AMILOIDE

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar una prueba PET amiloide en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **10% (5%-15%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba PET amiloide.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas PET amiloide es **ALTO**.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro.

**Un 50%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que su centro dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- **Entre 1 y 2 meses**, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados y lo consideran **adecuado**. El **50%** restante lo desconoce.\*\*
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren **limitaciones a la hora de solicitar este tipo de pruebas**, especialmente **por el coste de las mismas**.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. \*\*Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3 meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: PET FDG

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar una prueba PET FDG en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **6%(4%-8%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET FDG.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de PET FDG es **MEDIO**.

El **100%** de los de profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro. **Un 50%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que su centro dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- **Inferior a 1 mes**, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, considerando este tiempo como **adecuado**. El **50%** restante lo desconoce.\*\*
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. \*\*Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: PET TAU

Los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren **no tener acceso** para solicitar una prueba PET tau en el caso de sospecha de EA: su uso no está aprobado, de momento, para uso clínico.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: LCR (T-tau, P-tau y Ab-42)

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar una prueba de LCR en el caso de sospecha de EA, ya que está incluida en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **16,5%(3%-30%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un LCR.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de LCR es **ALTO**.

El **100%** de los de profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro. **Un 50%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que su centro dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Entre 1 y 2 meses, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, que consideran este tiempo como **adecuado**. El **50%** restante lo desconoce.\*\*
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva **conocer los circuitos de derivación, y capacitar a los geriatras para realizarlo**. El **50%** restante opina que no existe, de momento, necesidad de este tipo de iniciativas.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 - 5)

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. \*\*Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3 meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: TEST GENÉTICO (ApoE)

El **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar un test genético (ApoE) en el caso de sospecha de EA, ya que está incluido en la cartera de la CA. El 67% restante afirman que no utilizan estas pruebas.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **1%\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (ApoE).

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes del test genético (Apo E) es **ALTO**.

El **100%** de los de profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro y desconocen si su centro dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

Se desconocen los **tiempos medios de espera** para la realización de esta prueba.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Única respuesta. \*\*Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA: TEST GENÉTICO (FORMAS FAMILIARES)

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar el test genético (formas familiares).

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **53,6% (1%-70%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (formas familiares).

El **grado de satisfacción**, por parte de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, con la calidad de los informes del test genético (formas familiares) es **MEDIO**.

El **67%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro, y el **33%** restante, en centros de referencia. El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que su centro no dispone o desconocen si existe un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Entre 2 y 3 meses, según el **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, y superior a 3 meses, según otro **33,3%**. El **33,3%** restante lo desconoce.\*\*
- El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria desconocen si este tiempo es adecuado o inadecuado, y un **33%** lo consideran **inadecuado** (reportando entre 2-3 meses de espera).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **33%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera **maximizar el número de máquinas y profesionales disponibles**.

Un **33%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los **tiempos de espera demasiado largos**.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. \*\*Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN NAVARRA

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los principales retos en la valoración diagnóstica incluyen **llegar a todos los pacientes diagnosticados** y **mejorar la coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria**. También se destaca la necesidad de **mejorar los tiempos del proceso**, tanto en la valoración inicial como en las pruebas complementarias, así como **mejorar la accesibilidad a los servicios** y **reducir los tiempos de espera**.

Como **áreas de mejora**, se recomienda la creación de una unidad específica y multidisciplinaria de diagnóstico de la EA, que permita una atención más integral y especializada.

**En cuanto a los tests de biomarcadores en sangre para EA:** aunque aún no están disponibles, los expertos encuestados muestran interés en los biomarcadores en sangre como herramienta de cribado accesible, especialmente para las terapias antiamiloides. Su uso podría reducir tiempos y costes en el diagnóstico temprano de la EA, y su acceso debería ser garantizado una vez aprobados.

## AGENTES



Entorno del paciente



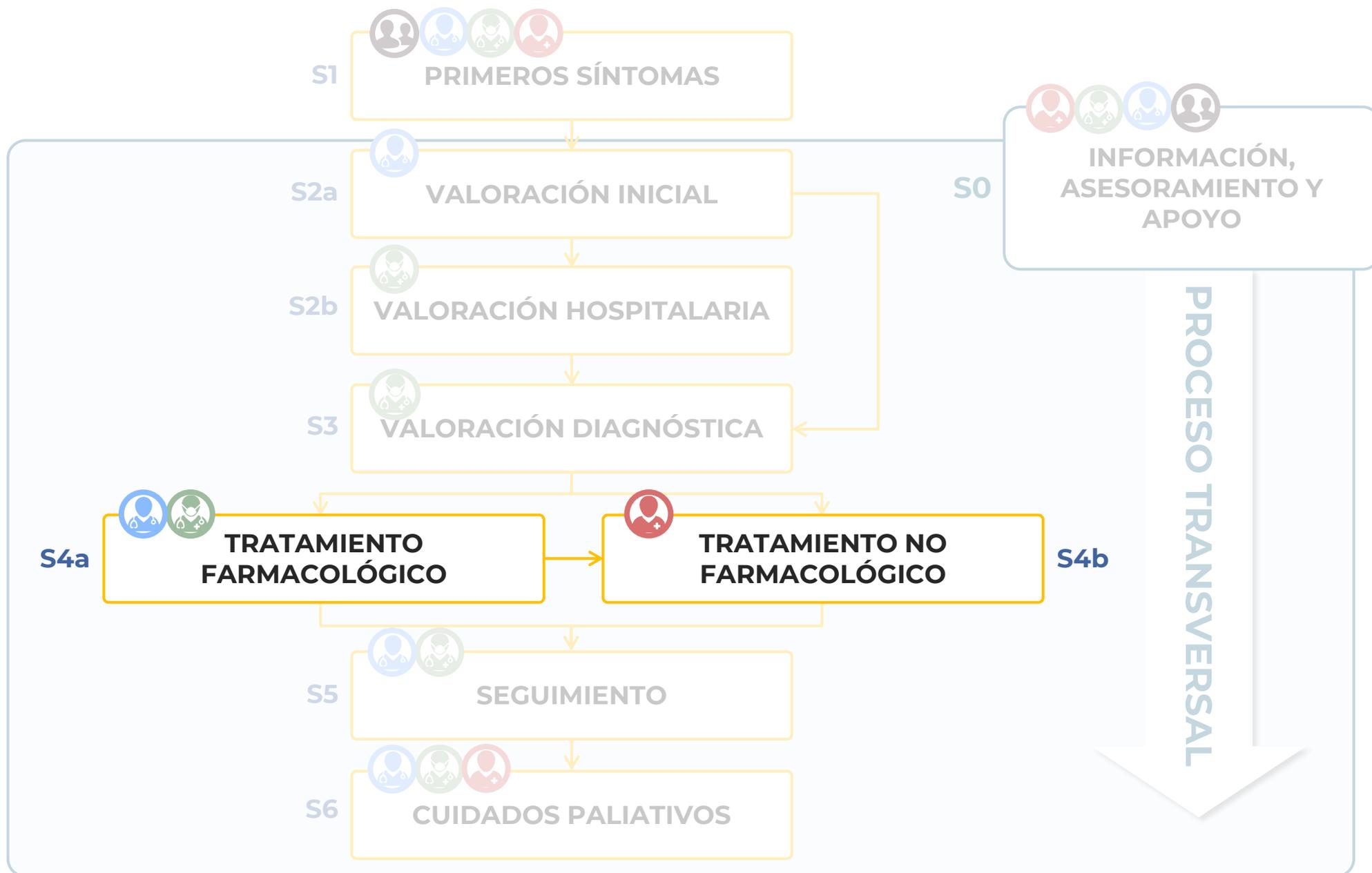
Atención primaria



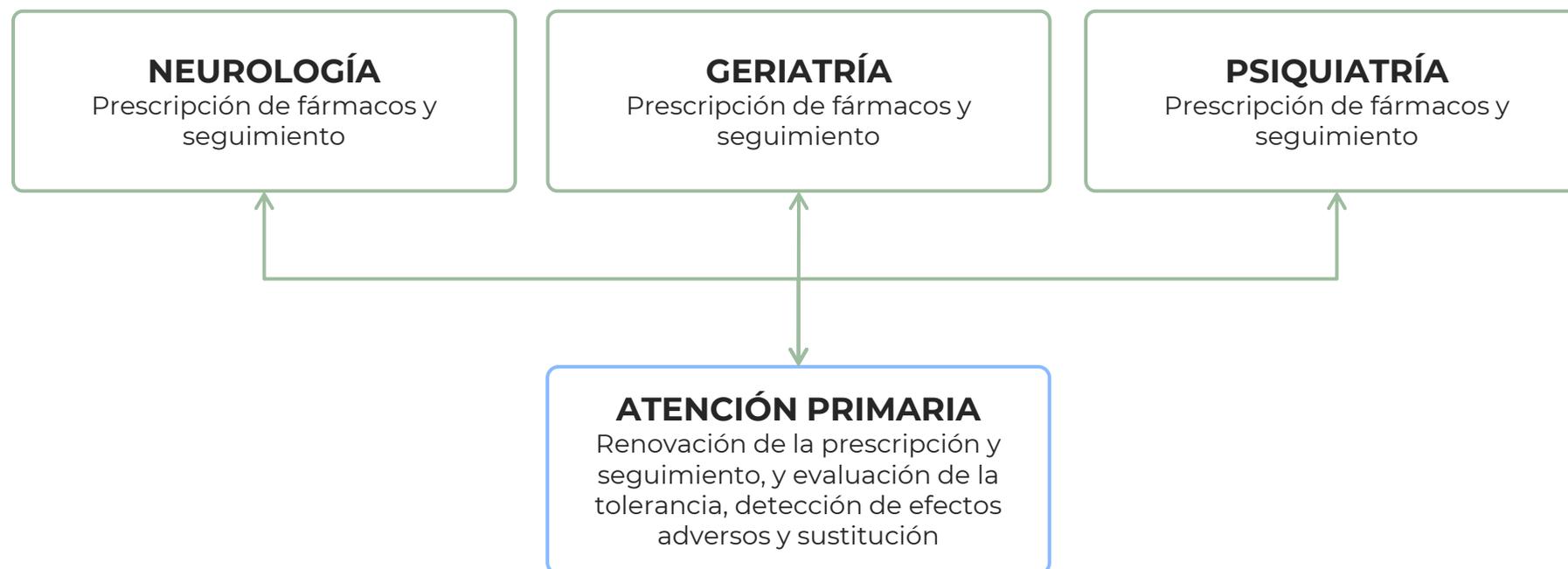
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN NAVARRA

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A:** el **80%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4A de tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en el Navarra.**

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados, el servicio encargado de **iniciar el tratamiento farmacológico suele ser neurología**, aunque en algunos casos también se menciona geriatría (**75%**).

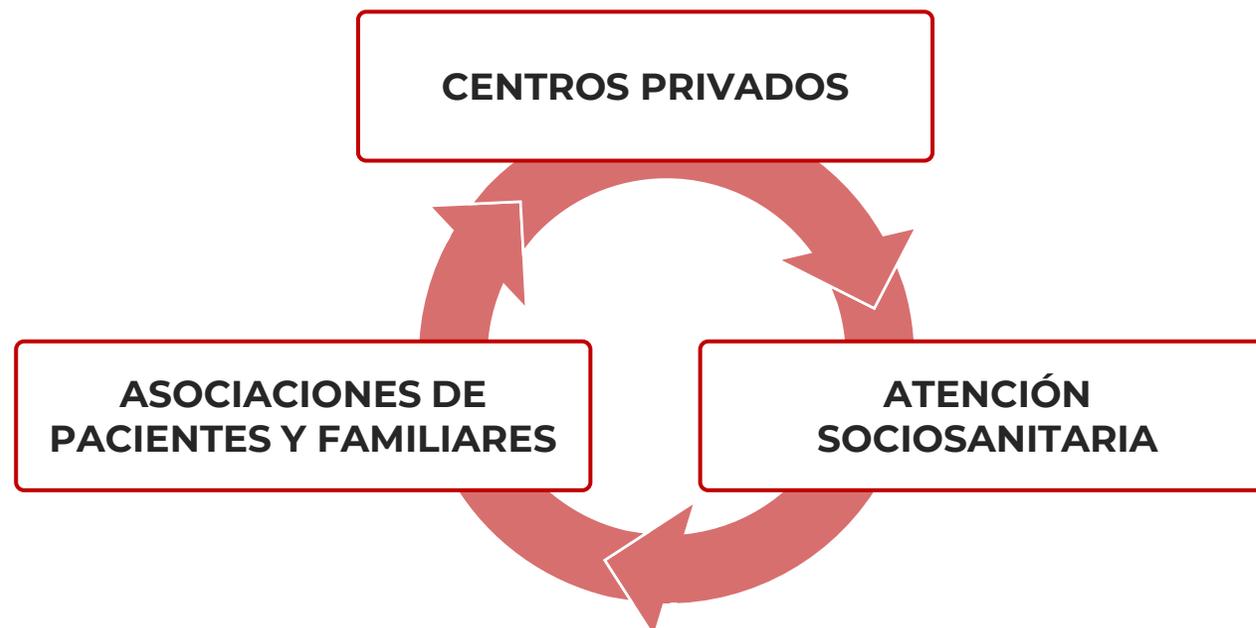
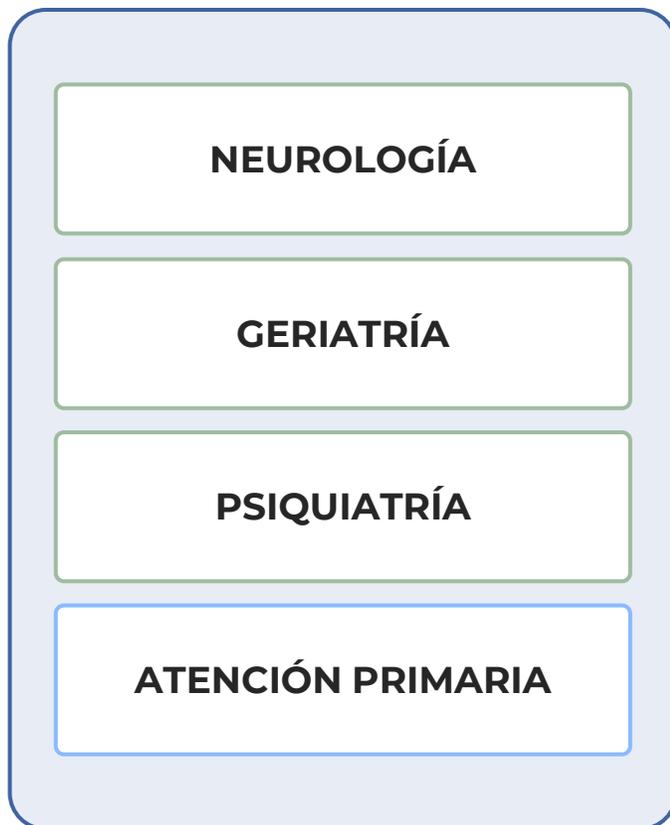
El **100% de los profesionales sanitarios pueden dar continuidad a la prescripción del tratamiento farmacológico**, siendo más habitual que la continuidad de este la realice medicina familiar y comunitaria.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN NAVARRA

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los principales retos y áreas de mejora señalados por los expertos mejora en el **tratamiento farmacológico de los síntomas conductuales**, así como una **mayor facilidad para la obtención de visados** para los fármacos que lo requieran. También se destaca la **necesidad de mejorar la monitorización de la respuesta** al tratamiento y en la **deprescripción de medicamentos** cuando sea necesario.

Como **áreas de mejora**, se recomienda fortalecer la coordinación entre los médicos de atención primaria y hospitalaria, así como entre las diferentes entidades prescriptoras, para asegurar un **abordaje más integral y efectivo** de la persona con EA.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN NAVARRA

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B:** el **80%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4B sobre tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en Navarra.**

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con EA, **el 100%** de los expertos encuestados (excepto trabajo social) refieren los **talleres de memoria** y la **estimulación cognitiva**; un **75%** de los expertos encuestados las **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad** y el **50%**, refieren las **técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales.**

Otras terapias disponibles en Navarra: la **mayoría de las terapias relacionadas con el deterioro cognitivo se realizan en centros privados**, aunque **existe una unidad pública** que ofrece cursos de **estimulación cognitiva de 4 meses en Pamplona y Tudela.** La filosofía de Atención Centrada en la Persona (ACP) promueve terapias no farmacológicas. Además, enfermería realiza el **control de factores de riesgo y estilos de vida**, y se utiliza terapia asistida con animales.

Los tratamientos no farmacológicos prescritos de manera más habitual a las personas con EA son:

- Al **66%**, se les prescriben talleres de memoria.
- Al **62%**, estimulación cognitiva.
- Al **61,5%**, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad.
- Al **57,2%** técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales\*.

**El 100%** de los encuestados coinciden que las terapias más adecuadas para personas con **EA en fases tempranas es la estimulación cognitiva y talleres de memoria.**

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados.

**NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN NAVARRA

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los principales retos identificados incluyen **mejorar la coordinación** entre profesionales y la **comunicación médico-paciente**, así como ofrecer apoyo psicológico y formación a cuidadores para el manejo del enfermo.

Como **áreas de mejora**, se destaca:

- **Necesidad de ampliar y diversificar los recursos públicos**, adaptándolos a los distintos tipos de demencia y perfiles de pacientes.
- **Extender el conocimiento sobre la enfermedad** a otros profesionales y a la población general.
- **Mejorar la accesibilidad a servicios y programas** en áreas con menos recursos.

**El 40%** de los expertos encuestados afirman que los tratamientos no farmacológicos realizados a las personas con EA están financiados por la Consejería de Salud; otro **20%** de los encuestados afirman que está financiado por la Consejería de Bienestar Social. El resto afirman que, o bien no están financiados, o se accede mediante acuerdos entre salud y política social.

**El 60%** de los encuestados consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

## AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



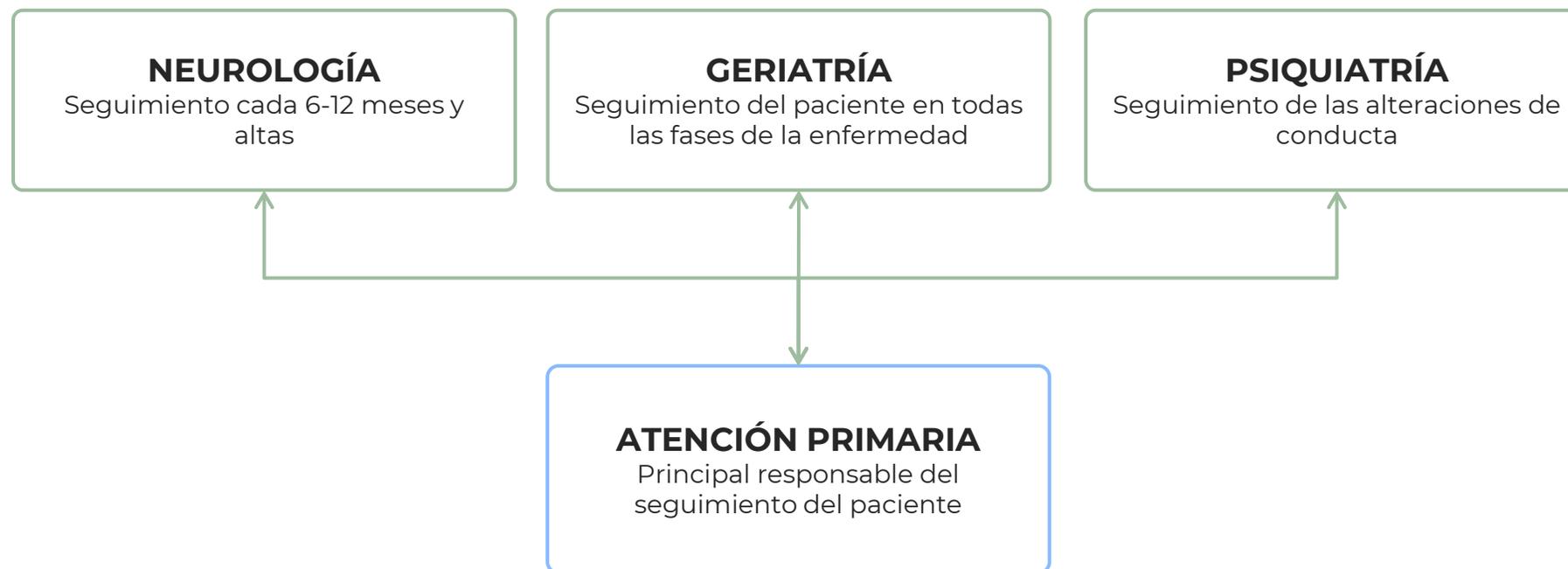
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN NAVARRA

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5:** el **80%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 5 sobre seguimiento se ajusta a la realidad en Navarra.**

Los profesionales sanitarios encuestados refieren que el **seguimiento** se realiza **principalmente por los profesionales de medicina familiar y comunitaria (100%) y de neurología (75%),** seguido por geriatría (**50%**).

**EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO:** el **75%** de los expertos encuestados identifica la existencia de un protocolo específico para el seguimiento de las personas con EA. El grado de conocimiento entre los profesionales sanitarios es **BAJO.**

**FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO:** el **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que el **seguimiento se realiza cada 6 - 12 meses** en la mayoría de los casos. Los profesionales sanitarios ponen de manifiesto que este tiempo debería de ser a demanda de atención primaria, mientras que, en geriatría, se establece cada 3-6 meses en fases moderadas y a demanda en fases avanzadas. En neurología se realiza una revisión anual, con posibilidad de adelantarla si es necesario. **Algunos expertos consideran un seguimiento trimestral como frecuencia mínima recomendada.**

**PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO:** durante el seguimiento, todos los profesionales sanitarios encuestados afirman que realizan **pruebas de evaluación clínica, valoración del entorno del cuidador, valoración cognitiva, valoración funcional y valoración de comorbilidades.**

**SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** las funciones principales de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificadas por el **100% de los profesionales sanitarios encuestados es la renovación de la prescripción.** En menor medida, el **75%** de los profesionales sanitarios encuestados señalan la adherencia, los efectos adversos y la información y asesoramiento a la persona con EA y la valoración clínica como papel clave de atención primaria en el seguimiento.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN NAVARRA

**DERIVACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES:** los expertos encuestados refieren que la facilidad para la derivación de personas con EA entre niveles asistenciales en situaciones de necesidad es **MEDIA**.

**COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA:** los expertos destacan la creación de un programa sociosanitario en varias zonas de la comunidad, la implementación de equipos de geriatría hospitalaria, con el objetivo de garantizar atención continuada y adecuada para personas con demencia y sus cuidadores, las herramientas como las consultas no presenciales y el cubo rojo para crónicos, que apoyan la gestión y seguimiento de pacientes.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO:** se centra en la valoración sociosanitaria de la persona con EA y su entorno, la detección de necesidades, gestión de recursos sociales y planificación del alta hospitalaria. Además, brinda apoyo a cuidadores, facilita la planificación anticipada de decisiones y coordina acciones entre niveles asistenciales, respondiendo a demandas específicas de las familias. La facilidad para derivar a las personas con EA a trabajo social es **MEDIA**.

**IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR:** el **60%** de los expertos encuestados resaltan que **no** existe un conocimiento del impacto de la enfermedad en el cuidador por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial:

- **El 100%** de los expertos encuestados afirman que la salud psíquica de los cuidadores es una de las áreas con mayor repercusión de la EA, junto con la calidad de vida. **Un 80%** de los expertos encuestados responden que, además, las relaciones familiares también se ven afectadas, junto con la salud física; un **60%** menciona las repercusiones en el entorno laboral.
- Las acciones propuestas para mitigar este impacto son: extender la atención y hospitalización domiciliaria a toda Navarra, mejorar el apoyo e información al cuidador principal y optimizar la detección de personas en cuidados paliativos. Es clave mejorar la formación a las familias para ajustar sus expectativas y facilitar el acceso a cuidados paliativos, además de fortalecer la coordinación entre las entidades implicadas.

**REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS:** el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra siempre, según el **80%** de los expertos encuestados, y casi siempre, frente a un **20%** de los encuestados.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

**NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN NAVARRA

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** agilizar la valoración de la dependencia y aumentar las ayudas para el mantenimiento en el domicilio. Además, se debe facilitar a atención primaria el acceso a más tiempos y recursos para el seguimiento clínico, funcional y social, así como para la detección temprana de necesidades.

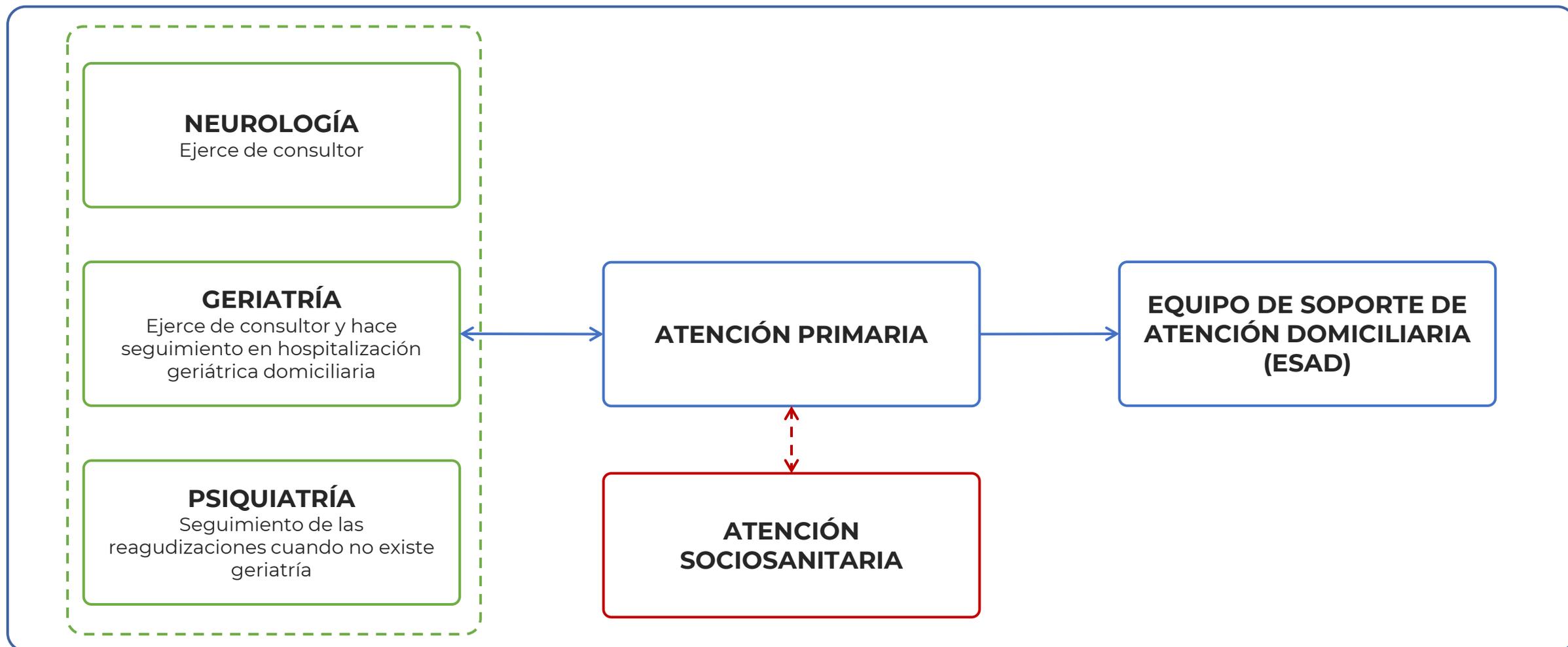
Como **áreas de mejora**, se destacan:

- **Mejorar el acompañamiento y la planificación anticipada de decisiones**, respetando la autonomía de la persona con demencia.
- **Optimizar el manejo de la enfermedad avanzada** para evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento.
- **Mejorar la indicación y utilización de los recursos sanitarios y sociales**, así como la deprescripción farmacológica para evitar la "medicalización" del deterioro.
- **Ampliar la cartera de servicios y recursos** humanos y tecnológicos de apoyo.
- **Fomentar una mayor comunicación** entre médicos de atención primaria y hospitalaria.
- **Mantener la participación** de todas las especialidades.

## AGENTES



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito socio sanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN NAVARRA

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6:** el **100%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 6 sobre cuidados paliativos se ajusta a la realidad en Navarra.**

El **100%** expertos encuestados consideran que esta parte del proceso es importante ya que las personas con EA son claramente subsidiarias de atención de cuidados paliativos. Valoran el grado de cobertura actual como **BAJO**.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL:** según los expertos encuestados la función principal de trabajo social en este punto del proceso incluye las **visitas domiciliarias, la coordinación entre profesionales, y el apoyo psicosocial a personas con EA y familiares. Orienta sobre recursos, gestiona su acceso, y acompaña emocionalmente. Además, controla la situación social y familiar de la persona con EA y gestiona ingresos en centros sociosanitarios cuando es necesario.**

**PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA:** según los expertos encuestados, las acciones llevadas a cabo por los especialistas de medicina familiar y comunitaria incluyen la coordinación con los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), realizando visitas domiciliarias y tratando síntomas. Trabaja junto con enfermería, trabajo social y psicología para gestionar recursos y brindar apoyo a la familia. También se encarga del control de síntomas, la preparación para el duelo y mantiene contacto con los equipos de paliativos.

Escala: NULO (1-1,5); **BAJO (1,5-2,5)**; MODERADO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

**NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN NAVARRA

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados destacan la falta de recursos, la escasez de personal especializado y el acceso limitado a cuidados domiciliarios y centros de atención, lo que dificulta una atención adecuada y oportuna a las personas con EA.

Como **áreas de mejora**, proponen:

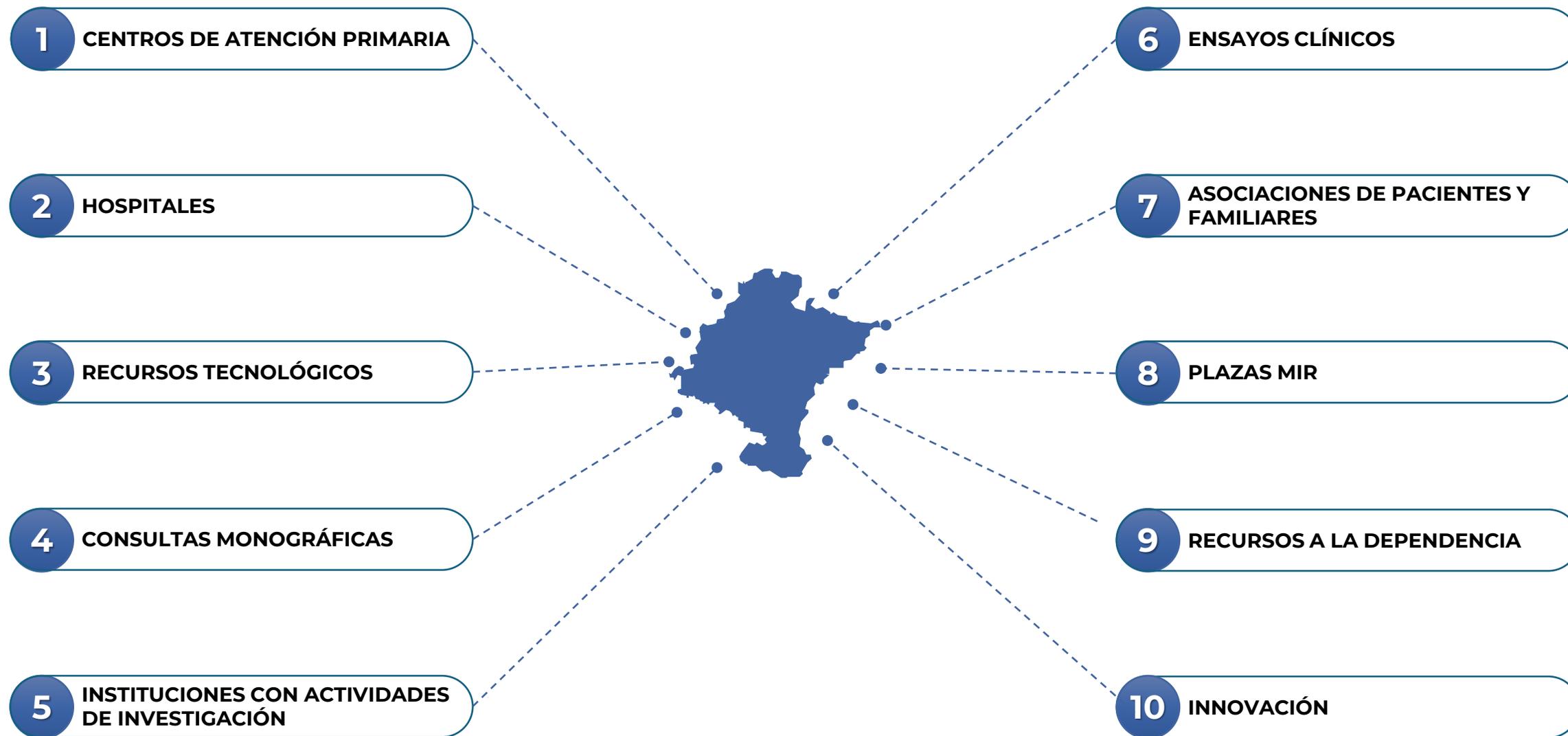
- **Mejorar la información** sobre los recursos disponibles para familiares y cuidadores.
- **Aumentar el número de médicos especializados** en cuidados paliativos.
- **Ampliar las plazas** en residencias de cuidados paliativos y mejorar la infraestructura.
- **Facilitar el acceso a los ESAD.**
- **Incrementar la oferta de centros concertados** en zonas con menos recursos.
- **Ampliar la atención paliativa** a pacientes no oncológicos.
- **Mejorar la percepción** sobre la necesidad de cuidados paliativos entre los profesionales de salud.

## 4. RECURSOS DISPONIBLES

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer





## 1 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

	Total de centros	Centros de salud	Consultorios locales
<b>SNS</b>	13.040	3.042	9.998
Andalucía	1.514	409	1.105
Aragón	990	118	872
Principado de Asturias	213	69	144
Islas Baleares	163	59	104
Canarias	263	107	156
Cantabria	165	42	123
Castilla y León	3.875	247	3.628
Castilla-La Mancha	1.315	204	1.111
Cataluña	1.187	419	768
Comunidad Valenciana	853	285	568
Extremadura	526	111	415
Galicia	463	398	65
Madrid	424	263	161
Región de Murcia	264	85	179
<b>C. Foral de Navarra</b>	<b>291</b>	<b>60</b>	<b>231</b>
País Vasco	333	139	194
La Rioja	194	20	174
Ceuta y Melilla	7	7	0



### 291 CENTROS DE AP

- 60 Centros de salud
- 231 Consultorios locales

## 2 HOSPITALES

### HOSPITALES PÚBLICOS

Centro San Francisco Javier	Hospital Reina Sofía
Hospital García Orcoyen	Hospital Universitario de Navarra

### HOSPITALES PRIVADOS

Clínica Arcángel San Miguel - Pamplona	Hospital San Juan de Dios
Clínica Psiquiátrica Padre Menni	Clínica Psicogeriatría Josefina Arregui
Clínica Universidad de Navarra	Centro Hospitalario Benito Menni



## 10 HOSPITALES

- 4 Públicos
- 6 Privados

## 2 HOSPITALES

### PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA PÚBLICOS

	Total de camas	Puestos de hospital de día
<b>SNS</b>	<b>114.671</b>	<b>21.000</b>
Andalucía	15.826	3.831
Aragón	4.088	444
Principado de Asturias	3.074	764
Islas Baleares	2.458	407
Canarias	4.418	593
Cantabria	1.317	289
Castilla y León	6.797	984
Castilla-La Mancha	4.728	633
Cataluña	26.232	5.523
Comunidad Valenciana	10.156	1.413
Extremadura	3.480	341
Galicia	7.409	931
Comunidad de Madrid	12.240	2.602
Región de Murcia	3.570	433
<b>Comunidad Foral de Navarra</b>	<b>1.520</b>	<b>286</b>
País Vasco	6.052	1.373
La Rioja	973	100
Ceuta y Melilla	333	53



# 42,8

Puestos de hospital de día por cada **100.000** habitantes

## 3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

	TAC	RM	SPECT	PET
ANDALUCÍA	159	110	31	18
ARAGÓN	28	20	7	4
PRINCIPADO DE ASTURIAS	22	19	4	4
ISLAS BALEARES	26	28	5	2
CANARIAS	40	39	13	5
CANTABRIA	11	9	1	2
CASTILLA Y LEÓN	53	36	11	6
CASTILLA-LA MANCHA	42	30	8	3
CATALUÑA	156	156	28	27
COMUNIDAD VALENCIANA	93	85	14	16
EXTREMADURA	29	13	4	1
GALICIA	54	42	13	7
C. DE MADRID	114	140	30	24
REGIÓN DE MURCIA	31	22	4	4
<b>C. FORAL DE NAVARRA</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
PAÍS VASCO	46	37	7	8
LA RIOJA	6	5	1	1
CEUTA	1	1	0	0
MELILLA	1	0	0	0
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>926</b>	<b>804</b>	<b>185</b>	<b>135</b>



- 14 TAC
- 12 RM
- 4 SPECT
- 3 PET

<b>PET</b>	Tomografía de emisión de positrones
<b>RM</b>	Resonancia Magnética
<b>SPECT</b>	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
<b>TAC</b>	Tomografía Axial Computarizada

## 4 CONSULTAS MONOGRÁFICAS

La atención especializada en la EA se ve facilitada por **las consultas monográficas**, donde profesionales sanitarios altamente dedicados abordan esta patología. Sin embargo, la ausencia de un registro nacional centralizado de estas consultas ha generado la necesidad de examinar detenidamente informes de hospitales y servicios de neurología para identificar el número de estas consultas en la Comunidad Autónoma.

Este capítulo presenta una lista detallada de hospitales con consultas de EA identificadas. Otro reto en la identificación de consultas monográficas de EA radica en la diversidad de nomenclaturas empleadas. Estas unidades pueden variar en denominaciones, como "unidad" o "consulta", y abarcar términos como demencias, memoria, deterioro cognitivo, Alzheimer, psicogeriatría entre otros.

La información recopilada no solo destaca estos recursos, sino que también sirve como una guía valiosa para personas con EA, familias y profesionales de la salud en la búsqueda de atención especializada.

CENTRO	UNIDAD
Hospital Universitario De Navarra	Consulta de demencias*
Clínica Universidad De Navarra	Unidad de Cognición y Conducta
Clínica Psicogeriatría Josefina Arregui	Psicogeriatría
Hospital San Juan de Dios Pamplona-Iruña	Consulta monográfica
Hospital de día psicogeriátrico, en Hospital Reina Sofía	Unidad de deterioro cognitivo
Clínica Psiquiátrica Padre Menni	Unidad de psicogeriatría

\*Nota: 3 consultas mensuales monográficas.



Se han identificado un total de **6** centros hospitalarios con algún tipo de consulta monográfica de demencias

**NOTA:** Se consideran tanto consultas monográficas públicas como privadas; sin embargo, algunas pueden no estar recogidas, lo que representa una limitación del estudio.

**FUENTE:** Webs institucionales de hospitales. Acceso: diciembre 2024

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Consulta de demencias

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 1.004 pacientes para primera consulta

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS\*:** TAC --- pacientes | RM --- pacientes

## CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Cognición y Conducta

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO\*:** --- pacientes para primera consulta

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS\*:** TAC --- pacientes | RM --- pacientes

## CLÍNICA PSICOGERIATRÍA JOSEFINA ARREGUI

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Psicogeriatría

**SERVICIO:** Neurología – Geriatría - Psiquiatría

**LISTA DE ESPERA SERVICIO\*:** --- pacientes para primera consulta

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS\*:** TAC --- pacientes | RM --- pacientes



En Navarra, existen **0,6** consultas monográficas y/o unidades especializadas por centro hospitalario.



Se calcula que la ratio de consultas monográficas y/o unidades especializadas por cada 100.000 habitantes en Navarra es de **0,91**

## HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA-IRUÑA

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Consulta monográfica

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO\*:** --- pacientes para primera consulta

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS\*:** TAC --- pacientes | RM --- pacientes

## HOSPITAL DE DÍA PSICOGERIÁTRICO, EN HOSPITAL REINA SOFÍA

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de deterioro cognitivo

**SERVICIO:** Equipo interdisciplinar

**LISTA DE ESPERA SERVICIO\*:** --- pacientes para primera consulta

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS\*:** TAC --- pacientes | RM --- pacientes

## CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PADRE MENNI

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de psicogeriatría

**SERVICIO:** Psicogeriatría

**LISTA DE ESPERA SERVICIO\*:** --- pacientes para primera consulta

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS\*:** TAC --- pacientes | RM --- pacientes

## 5 INSTITUCIONES CON ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se recogen las instituciones con actividades de investigación y las líneas de investigación relacionadas con la demencia y/o EA en Navarra.

### INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdisNA)

### OTRAS INSTITUCIONES

Cima Universidad de Navarra

Navrabiomed



Se han identificado un total de **3** institución con actividades de investigación o líneas relacionadas con la Demencia | Alzheimer

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>Neurociencias y Salud mental</b> A305 - Neurofarmacología de la enfermedad de Alzheimer y Depresión <b>IdisNA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de acción de la fosfolipasa PLA2G4E en los procesos de plasticidad sináptica y maduración neuronal y su posible aplicación como nueva diana en el tratamiento de la demencia.</li> <li>• Estudiar el papel de sirtuina 2 en la etiología de la enfermedad de Alzheimer.</li> <li>• Estudio de cambios metabólicos como factor de riesgo de la enfermedad de Alzheimer.</li> <li>• Estudio de alteraciones epigenéticas en las células hematopoyéticas de la sangre, como una herramienta válida para estudiar biomarcadores de pronóstico de la depresión y respuesta a fármacos antidepresivos.</li> </ul>
<p><b>Investigación en enfermedad de Alzheimer</b> Grupo de Investigación en Enfermedad de Alzheimer <b>CIMA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Génica en Enfermedades Neurológicas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiar los mecanismos y bases moleculares del deterioro cognitivo y motor en enfermedades neurodegenerativas.</li> <li>• Identificar nuevas dianas y genes terapéuticos.</li> <li>• Diseñar terapias avanzadas, especialmente la terapia génica, dirigidas a frenar el avance de las enfermedades neurodegenerativas.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Grupo de Investigación en Geriátrica y Envejecimiento Activo (INGEA) <b>Navarrabiomed</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multimorbilidad, polifarmacia y iatrogenia</li> <li>• Envejecimiento activo</li> <li>• Nuevas tecnologías de estimulación cognitiva y funcional</li> <li>• Biomarcadores, sarcopenia, envejecimiento y fragilidad</li> <li>• Estrategias innovadoras en la prevención de envejecimiento, fragilidad y discapacidad</li> </ul>

## 6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

A continuación, se incluye el listado de los ensayos clínicos autorizados en **Navarra** según el Registro Español de Ensayos Clínicos (REEC).

### CÓDIGOS EECC

2014-000424-23	2020-000766-42
2017-002455-29	2020-005755-20
2017-001800-31	2022-501644-15-01
2021-002179-21	2019-004368-22
2022-501918-55-00	2021-003256-17
2023-504017-79-00	2013-000504-41
2015-000967-15	2017-002702-12
2023-506170-12-00	2015-003034-27
2016-004352-30	2017-001339-38
2023-508306-15-00	2023-505096-68-00
2016-003288-20	2023-505083-11-01
2016-001128-78	2022-001671-14
2023-505396-71-00	2017-001365-24
2016-001127-32	

**+** **27** Ensayos clínicos sobre Alzheimer en Navarra

### DATOS SOBRE EECC EN NAVARRA

En Navarra existen **2,70 ensayos clínicos por centro hospitalario**, ya sean públicos o privados.

Se calcula que la ratio de **ensayos clínicos** por cada 100.000 habitantes en Navarra es de **4,08**

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN NAVARRA

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2014-000424-23	Ensayo observacional para evaluar la seguridad de pacientes con agitación asociada a demencia del tipo Alzheimer que recibieron tratamiento previamente con brexpiprazol o placebo.
2017-002455-29	Estudio de extensión de AVP-786 para el tratamiento de pacientes con agitación asociada a la demencia de tipo Alzheimer.
2017-001800-31	Estudio para evaluar la eficacia y seguridad de RO7105705 en pacientes con enfermedad de Alzheimer de Prodromal a Leve.
2021-002179-21	Un estudio de fase 3 para evaluar la seguridad y la eficacia de masitinib como terapia complementaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada tratados con el tratamiento estándar.
2022-501918-55-00	Study to Assess Adverse Events, Change in Disease Activity and How Oral ABBV-552 Capsules Moves Through the Body of Participants Aged 50 to 90 Years With Mild Alzheimer's Disease.
2023-504017-79-00	A Phase 2a/2b Randomized, Placebo-Controlled Clinical Study to Evaluate the Safety and Efficacy of MK-1942 as Adjunctive Therapy in Participants with Mild to Moderate Alzheimer's Disease Dementia.
2015-000967-15	Estudio fase 3 de Aducanumab en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2023-506170-12-00	A study to learn if bepranemab is safe and works in people with early stages of Alzheimers Disease.
2016-004352-30	Estudio para testar una nueva vacuna para la enfermedad de Alzheimer en pacientes con sospecha o con enfermedad de Alzheimer muy leve.
2023-508306-15-00	A Phase 3 Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of AR1001 in Participants with Early Alzheimers Disease.
2016-003288-20	Estudio de Eficacia y Seguridad de Crenezumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer de Prodromica a leve.
2016-001128-78	Ensayo clínico para pacientes con enfermedad de Alzheimer para examinar la seguridad y eficacia del Pimavanserin en el tratamiento de los síntomas de agitación y agresión.
2023-505396-71-00	A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study of XPro1595 in Patients with Early Alzheimers Disease with Biomarkers of Inflammation.
2016-001127-32	Estudio doble ciego, controlado por placebo para analizar la seguridad y eficacia de Pimavanserin en el tratamiento de la agitación y agresión en la enfermedad de Alzheimer.

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN NAVARRA

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2020-000766-42	Estudio abierto para evaluar la seguridad, tolerabilidad y eficacia de la administración a largo plazo de gantenerumab en participantes con enfermedad de Alzheimer.
2020-005755-20	Estudio en fase III de ALZ-801 en pacientes con enfermedad de Alzheimer prematura y genotipo APOE4/4
2022-501644-15-01	A Study to Learn About the Safety of BIIB080 and Whether it Can Improve Symptoms of Participants With Mild Cognitive Impairment Due to Alzheimers Disease (AD) or Mild AD Dementia Between 50 to 80 Years of Age (CELIA).
2019-004368-22	Un estudio clínico que evalúa la seguridad y tolerabilidad del Aducanumab en sujetos con enfermedad de Alzheimer que participaron previamente en los estudios de Aducanumab 221AD103, 221AD301, 221AD302 y 221AD205.
2021-003256-17	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica.
2013-000504-41	Brexpiprazol en el tratamiento de sujetos con agitación asociada con demencia de tipo Alzheimer.
2017-002702-12	Extensión de fase Abierta de CREAD: Estudio de Crenezumab para evaluar eficacia y seguridad en Pacientes con Enfermedad de Alzheimer ( EA) de prodrómica a leve.
2015-003034-27	ESTUDIO EN FASE III, MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO Y DE GRUPOS PARALELOS PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE CRENEZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE PRODRÓMICA A LEVE.
2017-001339-38	AVP-786 para el tratamiento de sujetos con agitación asociada con demencia de tipo Alzheimer.
2023-505096-68-00	A Multicenter, Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Parallel-Group Study, to Assess Efficacy, Safety and Immunogenicity of JNJ-64042056, a Phosphorylated Tau Targeted Active Immunotherapy, in Participants with Preclinical Alzheimers Disease.
2023-505083-11-01	Efficacy and safety of gsk4527226 [al101] in patients with early alzheimers disease.
2022-001671-14	Estudio para verificar el beneficio clínico de aducanumab en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2017-001365-24	Un estudio para evaluar la eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprana.

## 7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

### AFAS

AFAN	<a href="mailto:afan@alzheimernavarra.com">afan@alzheimernavarra.com</a>	948275252
CEAFA	<a href="mailto:ceafa@ceafa.es">ceafa@ceafa.es</a>	948 17 45 17



# 2

Asociación de Familiares y Pacientes en Navarra

### DATOS SOBRE LAS AFAS EN NAVARRA

# 75%

de los expertos encuestados consideran que no se tiene en cuenta la opinión de las AFAS para implementar mejoras y modificar procesos en el manejo de personas con EA.

# 75%

de los expertos encuestados consideran como **BAJO** el nivel de participación de las AFAS en la toma de decisiones, incluido la propia Asociación. El resto de encuestados refieren la participación de la AFA como **MEDIA**.

Escala: NULO (1-1,5); **BAJO** (1,5-2,5); **MEDIO** (2,5-3,5); **ALTO** (3,5-4,5); **MUY ALTO** (4,5 – 5)

**NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos. **FUENTE:** Confederación Española de Alzheimer CEAFA.

## 8 PLAZAS MIR

Las plazas MIR para residentes en las especialidades de **neurología, psiquiatría, geriatría y medicina familiar y comunitaria** en **Navarra** constituyen un elemento fundamental del manejo de las personas con EA. Esta información adquiere gran relevancia al considerar que estos residentes no solo representan nuevos recursos humanos, sino también futuros especialistas destinados a desempeñar un papel crucial en el tratamiento de personas con EA. El conocimiento de las plazas de cada una de las especialidades proporciona una visión detallada de la capacidad de formación y desarrollo de especialistas en estas áreas clave de la atención médica local.



### PLAZAS MIR 2024

- **4 Neurología**
- **2 Geriatría**
- **6 Psiquiatría**
- **32 Medicina familiar y comunitaria**

A continuación, se incluyen el número de plazas para las diferentes especialidades hospitalarias de interés para el manejo de la EA:

## NEUROLOGÍA

NAVARRA	H. UNIVERSITARIO DE NAVARRA	2
NAVARRA	CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA	2

## PSIQUIATRÍA

NAVARRA	CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA	2
NAVARRA	UDM SALUD MENTAL DE NAVARRA	4

## GERIATRÍA

NAVARRA	H. UNIVERSITARIO DE NAVARRA	2
---------	-----------------------------	---

## MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

NAVARRA	UDM AFYC DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA	32
---------	---	----

## RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

75%

de los profesionales sanitarios encuestados consideran que el grado de formación de los profesionales sanitarios que participan en el manejo de la EA en Navarra es **ALTO** o **MUY ALTO**.

75%

de los profesionales sanitarios afirman que no se les han ofertado actividades formativas sobre deterioro cognitivo en los últimos dos años.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

NOTA: Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos. FUENTE: Boletín Oficial del Estado. Orden SND/888/2024. BOE-A-2024-17246

## 9 DEPENDENCIA

La dependencia se refiere al **estado de carácter permanente** en el que se encuentran las personas que, debido a factores como la edad, la enfermedad o la discapacidad, requieren la atención de otra persona o asistencia significativa para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

La **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** reconoce el derecho de los ciudadanos a la promoción de la autonomía personal y a la atención de aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia.

### GRADOS DE DEPENDENCIA

- **Dependencia moderada (Grado I):** si necesita apoyo al menos una vez al día para realizar ciertas actividades básicas de la vida cotidiana (asearse, comer, ir a la compra, etc.) o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Dependencia severa (Grado II):** si necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal
- **Gran dependencia (Grado III):** si necesita ayuda varias veces al día o cuando por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.



- Teléfono de asistencia.
- Programa de Apoyo a la Vida Independiente.
- Transporte adaptado.
- Centros de día.
- Ayudas económicas.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### TELÉFONO DE EMERGENCIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA

Instalación en el domicilio de un dispositivo electrónico asociado a un pulsador que la persona usuaria puede accionar para conectar con la central de teleasistencia. En otros casos, y siempre fruto de la valoración integral realizada en el domicilio, la persona también tendrá instalados dispositivos para detectar riesgos potenciales en el hogar o en su salud.

Dirigido a personas con 18 o más años, en situación de dependencia conocida por resolución administrativa del órgano competente, que cumplan los siguientes requisitos:

- Tener reconocido cualquier grado de dependencia.
- Acreditar residencia efectiva y continuada en Navarra durante los dos años anteriores a la solicitud o, en caso de provenir de otro lugar de España, cumplir los criterios que marca la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- Tener recurso asignado en el Programa de Atención Individual.

### PROGRAMA DE APOYO A LA VIDA INDEPENDIENTE (PAVI)

El programa de apoyo a la vida independiente ofrece:

- La prestación económica de la asistencia personal.
- Cursos de formación dirigidos tanto a la persona dependiente y sus familiares como a los propios asistentes personales.
- Bolsa de trabajo de asistentes personales gestionada desde el Servicio Navarro de Empleo (SNE).

Dirigido a:

- Personas dependientes con una situación de Gran Dependencia o Dependencia Severa, en cualquiera de sus niveles.
- Que sean mayores de edad y con capacidad para determinar por sí mismos los servicios que requieran, ejercer su control e impartir instrucciones a la persona encargada de su asistencia. En caso de incapacidad legal, este requisito se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.
- Y que se encuentren desempeñando un trabajo remunerado o actividad profesional y en situación de alta en la Seguridad Social, o bien participando en cualquier tipo de enseñanza superior.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### TRANSPORTE ADAPTADO Y ASISTIDO PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA

Se trata de un servicio de atención ambulatoria garantizado, que se presta todos los días del año.

Dirigido a personas con dependencia que reúnan los siguientes requisitos:

- Tener reconocido un grado III de dependencia (gran dependencia) o un grado II de dependencia (dependencia severa).
- Asistir a un servicio o programa garantizado para personas con dependencia.
- Acreditar residencia efectiva y continuada en Navarra durante los dos últimos años anteriores a la solicitud o, en caso de venir de otro lugar de España, cumplir los criterios que marca la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Para acceder a este servicio la persona dependiente debe estar inscrita en el Programa Individual de Atención (PIA).

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### CENTROS DE DÍA O ESTANCIA DIURNA PARA PERSONAS MAYORES

Servicio prestado en un centro de día, centro de día rural o estancia diurna para ofrecer durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales, facilitando la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras:

- **Estancias diurnas:** la atención se presta en un centro residencial y la persona se integra en las actividades de la residencia.
- **Centros de día:** la atención se presta en un espacio independiente de un centro residencial con personal exclusivo. El servicio se presta de lunes a viernes y se puede acudir en régimen de media jornada o jornada completa.

Dirigido a personas mayores de 65 años en situación de dependencia o personas menores de esa edad con deterioro cognitivo, que cumplan los siguientes requisitos:

- Acreditar residencia continuada en Navarra durante los dos años anteriores a la solicitud.
- Tener reconocido un grado de dependencia.

61

CENTROS DE DÍA

### CENTROS RESIDENCIALES

Servicio disponible las 24 horas, todos los días, que ofrece ingresos temporales o definitivos para apoyar a personas cuidadoras y usuarias en situaciones transitorias como convalecencia, enfermedades o emergencias. Las estancias temporales varían de 1 a 30 días por descanso del cuidador o hasta 3 meses por recuperación del beneficiario. El servicio está regulado por el PIA.

82

RESIDENCIAS

## PRESTACIONES ECONÓMICAS

### AYUDAS ECONÓMICAS

- **Ayudas para la adquisición de productos de apoyo para el fomento de la autonomía personal y prevención de la dependencia a las personas mayores y/o a personas con discapacidad 2024.**
- **Ayuda económica para contratar asistente personal para personas con dependencia reconocida y discapacidad igual o mayor a 65 %:** ayuda para contratar un servicio de apoyo y colaboración de un asistente personal, que ayude a la persona dependiente a tener mayor calidad de vida y autonomía personal. Implica realizar un "proyecto de vida independiente", destinado al logro de algún objetivo, como trabajar o estudiar, pero también aprender a leer braille, desarrollar una actividad deportiva, etc.
- **Ayuda económica a personas dependientes para que permanezcan en su domicilio y de apoyo a sus familias:** prestación destinada a contribuir a que las personas discapacitadas dependientes puedan obtener los cuidados que requiere en su domicilio, y de apoyo al entorno familiar que le atiende.
- **Ayuda económica para la contratación de cuidador/a profesional o empresa de servicios para el cuidado de personas dependientes a cargo de sus familias:** destinada a que las personas dependientes puedan obtener unos cuidados profesionales y favorecer su permanencia en el domicilio

## RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Los expertos encuestados refieren que en Navarra existen recursos específicos para la EA avanzada, como residencias especializadas como Landazabal, La Vaguada, Benito Menni Elizondo, P. Menni Pamplona, Amavir, Domusvi, y Bidealde, así como centros de día como Josefina Arregui. El **80%** de los expertos encuestados también señalan la existencia de recursos específicos para personas con EA leve (ej. Unidad de deterioro cognitivo San Francisco Javier).

Para estas personas, se deberían fomentar recursos como centros de día con carácter rehabilitador, más plazas para actividades de estimulación cognitiva y funcional de mayor duración, y talleres de memoria. Además, se propone establecer verdaderos apartamentos tutelados en Pamplona y trabajar en la autonomía, autocuidado y planificación anticipada de decisiones para preparar a las personas con EA leve y sus cuidadores para el futuro.

Un **20%** de los expertos encuestados afirman que para las personas jóvenes con EA existe recursos específicos, tales como control por el médico de familia, enfermería y neurología.

**DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA:** un **80%** de los expertos encuestados refieren que las derivaciones ocurren demasiado tarde.

**INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA:** el **100%** de los expertos encuestados refieren que las personas con EA son informadas de la existencia de recursos sociosanitarios disponibles. Por orden de frecuencia:

- El **80%** de los expertos encuestados refieren que se informa de todos los recursos, tanto públicos, como privados y concertados.
- El **20%** refiere que solo de los públicos y concertados.

## RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

**OFERTA DE RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA:** todos los expertos encuestados afirman que la **atención domiciliaria** es el recurso más habitual para la dependencia; un **80%** señalan la **teleasistencia** y un **60%**, los **pisos tutelados**.

**OFERTA DE OTROS RECURSOS:** un **100%** de los expertos encuestados opinan que el recurso más ofertado es recurso de apoyo a la dependencia. Un 40% incluye, además, la protección legal.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL:** el **80%** de los expertos encuestados valoran como **BAJO** el papel de trabajo social en la EA.

**Los recursos de apoyo para los familiares disponibles en Navarra incluyen:** asociaciones como AFAN, estancias residenciales y temporales de respiro, talleres en atención primaria, ayudas domiciliarias y para la conciliación, programas de formación como escuelas de cuidadores, la web navarra.es, y servicios vinculados a la Ley de Dependencia y unidades especializadas en Memoria.

**GRADO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA:** el **60%** de los expertos encuestados refieren que existe buena coordinación entre recursos sociales y sanitarios.

## 10 INNOVACIÓN

### RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

**En Navarra** se han iniciado terapias no farmacológicas innovadoras tales como:

- Terapias con animales en la residencia Amavir.
- Proyecto intergeneracional (varias residencias).
- Desde geriatría, en línea con la estrategia de atención al paciente crónico con demencia, se está trabajando en formas de mejorar la coordinación sanitaria y sociosanitaria.
- Atención a Familiares (AFAN).

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



## **Fortalecer la detección y el diagnóstico temprano:**

- Mejorar el diagnóstico temprano mediante la implementación de **estrategias específicas** en atención primaria y la derivación a especialistas.
- Facilitar acciones de **estimulación cognitiva y funcional** en fases iniciales de la enfermedad.

## **Optimizar el acceso a recursos especializados:**

- Reducir las listas de espera para consultas especializadas en **neurología y geriatría**.
- Incrementar las **plazas** en centros de día, unidades de demencia en residencias, y **unidades psicogeriátricas**.
- **Agilizar las consultas no presenciales** y mejorar la derivación entre atención primaria y hospitalaria.

## **Reforzar el apoyo a familiares y cuidadores:**

- Aumentar el **apoyo domiciliario** para las familias.
- Formar a los cuidadores en la **prevención de alteraciones conductuales** y en el manejo adecuado del proceso de enfermedad.

## **Promover la educación y la visión positiva del envejecimiento:**

- Trabajar en la **educación poblacional** para normalizar el envejecimiento y los procesos inherentes, como el deterioro y la muerte, fomentando expectativas realistas.

## **Mejorar la coordinación y los modelos de atención:**

- **Actualizar las guías de coordinación** entre atención primaria y hospitalaria.
- **Adaptar los modelos de atención** a las necesidades actuales de la población, priorizando un **enfoque integrado** entre servicios sanitarios y sociales.

## **Garantizar financiación y planificación estratégica:**

- Crear un Plan Regional de Alzheimer con dotación presupuestaria adecuada y evaluación basada en indicadores de impacto.
- Aumentar la partida económica destinada a recursos para personas con demencia y sus cuidadores.

Aunque las preguntas realizadas y la metodología para obtener la información son diferentes respecto al estudio MapEA realizado en 2017, se pueden extraer algunas conclusiones generales que se presentan a continuación:

## HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN:

- La implementación del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)** en Navarra es **moderada** y, para la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS**, la implementación es baja.
- La **mayoría de las herramientas de planificación**, exceptuando el Manual para convivir con una persona con demencia (2020), el Plan de Salud Mental (2019) y la Estrategia de comunicación con el enfermo de Alzheimer, **no han sido actualizadas** en los últimos 9 años.

## PROCESO ASISTENCIAL:

- Según el presente análisis **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017)**. Entre otros, destacan los siguientes puntos:
  - Mejorar la **detección temprana de la enfermedad**, proporcionar información adecuada a personas con EA y familiares, **reducir las listas de espera** y **fomentar una actitud positiva hacia el tratamiento y cuidado** de la demencia.
  - Mejorar la **coordinación** entre atención primaria y hospitalaria, y **optimizar los tiempos en el proceso diagnóstico**, tanto en la valoración inicial como en las pruebas complementarias.
  - **Facilitar la obtención de visados** para los fármacos necesarios, así como **mejorar la monitorización de la respuesta al tratamiento** y la **deprescripción de medicamentos**.
  - **Agilizar la valoración de la dependencia** y aumentar las ayudas para el mantenimiento en el domicilio.
  - **Falta de recursos**, la escasez de personal especializado y el acceso limitado a cuidados domiciliarios.

## RECURSOS:

- En comparación con **2017**, Navarra ha experimentado **un ligero incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha variado de **13 a 14**, las RMs han aumentado de **8 a 12**, los SPECT, de **2 a 4**, y los PET, de **2 a 3**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.

# GLOSARIO

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>ABVD</b>	Actividades básicas de la vida diaria
<b>ACP</b>	Atención Centrada en la Persona
<b>AFAN</b>	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra
<b>AFA</b>	Asociación de Familiares de Alzheimer
<b>ApoE</b>	Apolipoproteína E
<b>EA</b>	Enfermedad de Alzheimer
<b>ESAD</b>	Equipos de soporte de atención domiciliaria.
<b>FAQ</b>	Functional Activities Questionnaire
<b>FAST</b>	Functional Assessment Stages
<b>FCSRT</b>	Free and Cued Selective Reminding Test
<b>HCE</b>	Historia clínica electrónica
<b>LCR</b>	Líquido cefalorraquídeo
<b>PAVI</b>	Programa de apoyo a la vida independiente
<b>PIA</b>	Programa Individual de Atención
<b>PET</b>	Tomografía de emisión de positrones
<b>PET FDG</b>	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
<b>REEC</b>	Registro Español de Ensayos Clínicos
<b>RM</b>	Resonancia Magnética
<b>SNE</b>	Servicio Navarro de Empleo
<b>SPECT</b>	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
<b>TAC</b>	Tomografía Axial Computarizada



# Proyecto MapEA

---



# ANEXOS

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – NAVARRA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de mayores Aita Barandiaran	Altsasu/Alsasua	948 46 81 07
Residencia San Sebastián	Andosilla	948 67 48 50
Residencia San José	Aoiz/Agoitz	948 33 60 16
AMAVIR Mutilva	Aranguren	948 29 16 06
Residencia de ancianos Santa María	Arcos (Los)	948 64 01 77
Vivienda comunitaria Los Arcos	Arcos (Los)	
Residencia Virgen de Jerusalén	Artajona	948 36 40 84
Hogar Santa Elena	Barásoain	948 72 00 25
Centro Hospitalario Benito Menni	Baztan	948 45 21 62
Residencia de ancianos y jubilados Francisco Joaquín Iriarte	Baztan	948 58 07 30
Residencia Asilo San José	Bera	948 63 01 04
AMAVIR Betelu	Betelu	948 51 33 22
Residencia de ancianos San Gregorio	Buñuel	948 83 33 12
Residencia Landazábal	Burlada/Burlata	948 13 67 00
Residencia Salus Infirmorum	Burlada/Burlata	948 14 21 00
Apartamentos Tutelados de Burlada	Burlada/Burlata	948 13 66 36
Residencia José Ramón Zaldueño	Caparroso	948 71 07 79
Residencia de ancianos Virgen de Gracia	Cárcar	948 69 04 55
Residencia de ancianos Nuestra Señora del Rosario	Carcastillo	948 72 58 06 / 697 56 44 52
Hogar Nuestra Señora del Rosario	Cascante	948 85 17 00 / 948 85 00 47

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – NAVARRA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Tomás, Lydia y Javiera Recari	Cáseda	948 43 43 38
Residencia Solidaridad	Castejón	948 81 41 90
Patronato municipal San Francisco de Asís	Cintruénigo	948 81 10 31
Centro Sociosanitario Bidealde	Cizur	848 46 33 93
Residencia Hogar de San José	Corella	948 78 02 89
Fundación Carmen Bellido - Residencia de ancianos	Cortes	948 80 00 24 / 948 80 03 86
AMAVIR Ibañeta	Erro	948 76 80 62
Residencia de ancianos San Jerónimo	Estella-Lizarra	948 55 01 98
Residencia Santo Domingo de Estella	Estella-Lizarra	948 55 23 11
Sanitas Residencial Luz de Estella	Estella-Lizarra	948 54 69 00
Residencia Las Amescoas	Eulate	948 54 37 92
Residencia San Francisco Javier	Falces	948 73 41 16
Residencia San Raimundo Abad	Fitero	948 40 46 26
Residencia San Miguel	Funes	948 75 41 45 / 948 71 61 18
Residencia San Francisco Javier	Fustiñana	948 84 09 15
Residencia Nuestra Señora del Pilar	Lerín	948 53 00 62
Andra Mari Zaharren Egoitza	Lesaka	948 63 71 54
Residencia de ancianos de Lodosa	Lodosa	948 69 35 66
Residencia para mayores y psicogeriátrico San Isidro	Lumbier	948 88 02 93 / 948 88 04 38
Residencia San Bartolomé	Marcilla	948 70 81 43

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – NAVARRA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Dionisio Salcedo Sádaba	Mendavia	948 69 55 15
Complejo residencial gerontológico El Pinar	Milagro	948 40 90 71 / 949 40 92 60
Residencia de ancianos Virgen del Castillo	Miranda de Arga	948 71 74 27
Residencia de ancianos Betania	Muruzábal	948 34 40 36 / 948 34 41 55 / 663 78 91 40 / 663 7
Residencia de ancianos Valle de Salazar	Ochagavía/Otsagabia	948 89 07 06
Mentalia Pamplona	Olaibar	948 80 21 65
Residencia de ancianos La Milagrosa	Olite/Erriberri	948 74 01 57
Casa residencia de ancianas San Martín	Pamplona/Iruña	948 22 52 75
Apartamentos tutelados municipales Casco Antiguo	Pamplona/Iruña	948 42 05 45
Residencia de la Clínica San Fermín	Pamplona/Iruña	948 23 58 50
Residencia Religiosas Angélicas	Pamplona/Iruña	948 23 03 35
AMAVIR Argaray	Pamplona/Iruña	948 15 38 66
Residencia Beloso Alto	Pamplona/Iruña	948 48 04 00
Apartamentos tutelados municipales Txoko-Berri	Pamplona/Iruña	948 42 05 20
Apartamentos tutelados municipales Iturrama	Pamplona/Iruña	948 42 07 59
Casa de Misericordia Pamplona	Pamplona/Iruña	948 26 48 11
Solera Urban Mendebaldea	Pamplona/Iruña	948 36 52 52
Clínica Residencial Universidad de Navarra	Pamplona/Iruña	696 71 61 24
Sanitas Residencial El Mirador	Pamplona/Iruña	948 12 10 22
Residencia La Vaguada	Pamplona/Iruña	948 36 52 52

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – NAVARRA (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Hermanitas de los Pobres	Pamplona/Iruña	948 14 43 00
AMAVIR Oblatas	Pamplona/Iruña	948 38 26 26
Apartamentos tutelados municipales Arga	Pamplona/Iruña	948 42 05 20
Clínica psiquiátrica Padre Menni	Pamplona/Iruña	948 14 06 11
Residencia de 3ª edad El Vergel	Pamplona/Iruña	948 22 77 03
Centro psicogeriátrico San Francisco Javier	Pamplona/Iruña	848 42 27 10
Residencia San Miguel	Peralta/Azkoien	948 75 00 61
Residencia San Adrián	San Adrián	948 69 66 11
Residencia Santa Zita	San Martín de Unx	948 73 80 70
Residencia municipal de ancianos de Sangüesa San Vicente de Paúl	Sangüesa/Zangoza	948 87 00 42
Residencia para mayores Virgen del Carmen	Sesma	948 69 81 54
Hospital Nuestra Señora de la Caridad	Tafalla	948 70 01 49
Residencia San Francisco Javier	Tafalla	948 70 02 41
Residencia San Manuel y San Severino	Tafalla	948 70 41 62
Real Casa Misericordia	Tudela	948 82 54 12 / 948 82 55 87
Residencia Nuestra Señora de Gracia	Tudela	948 82 26 00
Residencia Torre de Monreal	Tudela	948 87 70 70
Residencia Santa Teresa Jornet	Ultzama	948 30 92 22
Amavir Valle de Egüés	Sarriguren	948 37 04 96
Residencia de ancianos San José	Valtierra	948 86 71 78
Residencia de ancianos Nuestra Señora de Gracia	Viana	948 64 50 09
Residencia de ancianos Virgen del Portal	Villafranca	948 84 51 31

## CENTROS DE DÍA – NAVARRA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día El Pórtico	Ablitas	621 28 03 37
Centro rural de atención diurna de Aibar	Aibar/Oibar	948 87 74 34 / 948 87 70 05
Centro de día de la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui	Altsasu/Alsasua	948 56 38 50
Centro de día de la Residencia San Sebastián	Andosilla	948 67 48 50
Centro de día AMAVIR Mutilva	Aranguren	948 29 16 06
Servicio de estancia diurna Hogar Santa Elena	Barásoain	948 72 00 25
Servicio de estancia diurna de la Residencia Francisco Joaquín Iriarte	Baztan	948 58 07 30
Servicio de estancias diurnas de la Residencia Asilo San José	Bera	948 63 01 04
Centro de día de Beriáin	Beriáin	948 11 72 10
Centro de día psicogeriátrico Landazábal	Burlada/Burlata	948 13 67 00
Servicio de estancias diurnas José Ramón Zaldueño	Caparroso	948 71 07 79
Servicio de estancia diurna de la Residencia de ancianos Virgen de Gracia	Cárcar	948 69 04 55
Servicio de estancias diurnas Nuestra Señora del Rosario	Carcastillo	948 72 58 06 / 697 56 44 52
Servicio de estancias diurnas de la Residencia de ancianos Tomás, Lidia y Javiera Recari	Cáseda	948 43 43 88
Servicio de estancia diurna de la Residencia Solidaridad	Castejón	948 81 41 90
Servicio de estancias diurnas San Francisco de Asís	Cintruénigo	948 81 10 31
Centro de día El Pórtico	Cizur	848 46 33 93
Centro rural de atención diurna de Aibar	Corella	948 78 02 89
Centro de día de la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui	Cortes	948 80 00 24 / 948 80 03 86
Centro de día de la Residencia San Sebastián	Erro	948 76 80 62

## CENTROS DE DÍA – NAVARRA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia de ancianos San Jerónimo	Estella-Lizarra	948 55 01 98
Sanitas Luz de Estella	Estella-Lizarra	948 54 69 00
Servicio de estancias diurnas de la Residencia Las Amescoas	Eulate	948 54 37 92
Servicio de estancia diurna de la Residencia San Francisco Javier	Falces	948 73 41 16
Servicio de estancias diurnas San Raimundo Abad	Fitero	948 40 46 26
Centro de día de la Residencia San Miguel	Funes	948 75 41 45 / 948 71 61 18
Estancias diurnas Residencial San Francisco Javier	Fustiñana	948 84 09 15
Centro de día ALPA	Huarte/Uharte	948 11 81 96 / 662 53 30 77
Centro de día Solera Larraga	Larraga	948 04 02 48
Centro de día de Lekunberri	Lekunberri	948 98 04 37
Centro de día Andra Mari Zaharren Egoitza	Lesaka	948 63 71 54
Estancias diurnas de la Residencia de Ancianos de Lodosa	Lodosa	948 69 35 66
Servicio de estancias diurnas de la Residencia San Bartolomé	Marcilla	948 70 81 43
Estancias diurnas de la Residencia de ancianos Dionisio Salcedo Sádaba	Mendavia	948 64 50 09
Estancias diurnas del Centro Gerontológico El Pinar	Milagro	948 40 90 71
Estancias diurnas de la Residencia Virgen del Castillo	Miranda de Arga	948 71 74 27
Estancias diurnas de la Residencia Valle de Salazar	Ochagavía/Otsagabia	948 89 07 06
Centro de día Solera Ensanche II	Pamplona/Iruña	948 98 57 68
Centro de día AMAVIR Argaray	Pamplona/Iruña	948 15 38 66
Centro de día para mayores Fundación ADACEN	Pamplona/Iruña	948 77 46 39

## CENTROS DE DÍA – NAVARRA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia Beloso Alto	Pamplona/Iruña	948 48 04 00
Centro de día Solera Vuelta del Castillo	Pamplona/Iruña	848 42 32 33
Centro de día Solera Pío XII	Pamplona/Iruña	848 46 34 63
SED Clínica Residencial Universidad de Navarra	Pamplona/Iruña	696 71 61 24
Estancias diurnas de la Residencia La Vaguada	Pamplona/Iruña	948 36 52 52
Centro de día psicogerítrico AMAVIR Oblatas	Pamplona/Iruña	948 38 26 26
Centro de día psicogerítrico Padre Menni	Pamplona/Iruña	948 14 06 11
Centro de día psicogerítrico El Vergel	Pamplona/Iruña	948 22 77 03
Centro de día Solera Txantrea-Ezcaba	Pamplona/Iruña	848 46 31 33
Servicio de estancia diurna de la Residencia San Miguel	Peralta/Azkoien	948 75 00 61
Centro de día de Ribaforada	Ribaforada	948 81 96 89
Centro de día psicogerítrico San Adrián	San Adrián	948 69 66 11
Servicio de estancias diurnas Santa Zita	San Martín de Unx	948 73 80 70
Centro de día del Hospital Nuestra Señora de la Caridad	Tafalla	948 70 01 49 / 948 75 50 77
Centro de día psicogerítrico Real Casa de Misericordia	Tudela	948 82 54 12 / 948 82 55 87
Servicio de estancia diurna de la Residencia Nuestra Señora de Gracia	Tudela	948 82 26 00
Centro de día Tudela	Tudela	948 95 36 34 / 670 84 72 46
Centro de día de la Residencia Torre de Monreal	Tudela	948 84 70 70
Servicio de estancia diurna de la Residencia de ancianos San José	Valtierra	948 86 71 78
Servicio de estancia diurna de la Residencia de ancianos Virgen del Portal	Villafranca	948 84 51 31
Centro de Día de Noáin	Noáin	-